



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Samar Duarte dos Santos

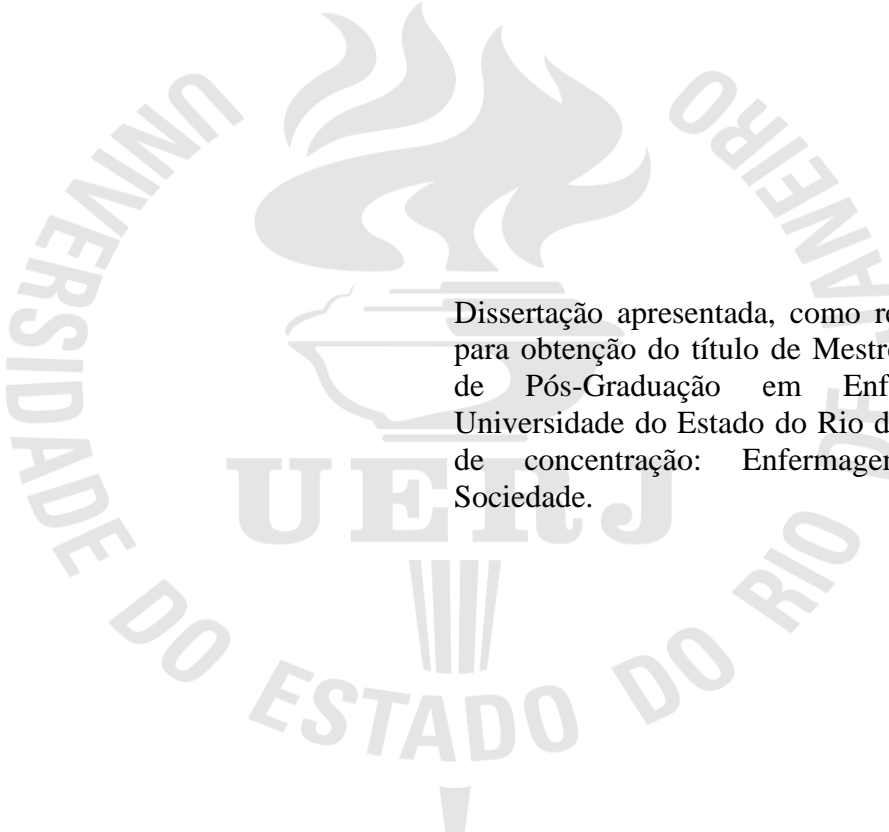
**A integralidade no ensino de enfermagem na saúde da mulher: concepções
e práticas de docentes**

Rio de Janeiro

2011

Samar Duarte dos Santos

A integralidade no ensino de enfermagem na saúde da mulher: concepções e práticas de docentes



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Octavio Muniz da Costa Vargens

Rio de Janeiro

2011

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

S237

Santos, Samar Duarte dos.

A integralidade no ensino de enfermagem na saúde da mulher: concepções e práticas de docentes / Samar Duarte dos Santos. - 2011.
83 f.

Orientador: Octavio Muniz da Costa Vargens.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Enfermagem - Estudo e ensino. 2. Formação profissional. 3. Assistência Integral à Saúde. 4. Saúde da mulher. I. Vargens, Octavio Muniz da Costa. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação.

Assinatura

Data

Samar Duarte dos Santos

A integralidade no ensino de enfermagem na saúde da mulher: concepções e práticas de docentes

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 28 de fevereiro de 2011.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Octavio Muniz da Costa Vargens (Orientador)
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Prof. Dr. Valdecyr Herdy Alves
Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa da UFF

Prof.^a Dra. Lucia Helena Garcia Penna
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Rio de Janeiro

2011

DEDICATÓRIA

Ao meu filho, Davi, que me ensina a cada dia perseverar nas dificuldades e entender que ao final das lutas vem a conquista. Obrigada, meu amado filho, por estar ao meu lado em mais uma grande vitória.

AGRADECIMENTOS

À Deus, que mais uma vez me concedeu uma oportunidade de qualificação profissional, não por merecimento, mas pelo Seu infinito amor. E nesta caminhada, sempre estive comigo me sustentando através de orações diárias, na leitura da bíblia, nos cultos e louvores.

Aos docentes da área de Saúde da Mulher das instituições públicas de ensino superior do Estado do Rio de Janeiro que participaram da entrevista e contribuíram para o desenvolvimento científico da enfermagem.

Ao Dr. Octavio Muniz da Costa Vargens, da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, que contribuiu em todas as fases da pesquisa com seus conhecimentos científicos e apoio incondicional que possibilitou esta qualificação profissional.

Aos meus pais e meu irmão Rodney pelo apoio e estímulos oferecidos em todas as fases da minha vida, a minha sogra Ana Maria e meu sogro Nelson por cuidarem do meu filho Davi para que eu pudesse estudar e concluir a dissertação.

Ao meu esposo Rodrigo que, mesmo dentro de suas limitações, me apoiou nos diversos momentos desta caminhada difícil com palavras de incentivo para que eu não desistisse.

A uma grande e inseparável amiga Perla Cristina que em todos os momentos da minha vida sempre esteve ao meu lado de maneira incondicional.

Aos grandes amigos do trabalho que conquistei e me compreendem nesta fase difícil que estou passando.

A Diva Cristina e seu esposo Esdras que sempre estiveram comigo durante toda esta caminhada e em todos os momentos.

Aos meus familiares e amigos verdadeiros que longe ou perto sempre torceram por mim.

E ao final, gostaria de agradecer em especial ao meu tio Gil, por ser meu espelho e fonte de motivação em toda minha caminhada profissional e pessoal.

Gosto de gente porque, mesmo sabendo que as condições materiais, econômicas sociais e políticas, culturais e ideológicas em que nos achamos geram quase sempre barreiras de difícil superação para o cumprimento de nossa tarefa histórica de mudar o mundo, sei também que os obstáculos não se eternizam.

Paulo Freire

RESUMO

SANTOS, Samar Duarte. **A integralidade no ensino de enfermagem na saúde da mulher: concepções e práticas de docentes**. 2011. 83 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

Este estudo teve como objetivos analisar as concepções teóricas e práticas docentes de enfermagem no cuidado à saúde da mulher a partir da ideia de integralidade e discutir as estratégias utilizadas pelos docentes para inserir o conteúdo da integralidade no ensino de enfermagem na saúde da mulher. A política atual de atenção integral à saúde da mulher propõe a incorporação do princípio da integralidade como eixo norteador que articule o mundo do ensino ao mundo do trabalho e da realidade social. Neste contexto, muitos sentidos se combinam e se conflitam na formação da ideia de integralidade no cuidado à saúde da mulher. A metodologia envolveu a abordagem qualitativa realizada nas Instituições Públicas de Ensino Superior do Estado do Rio de Janeiro que oferecem o Curso de Graduação em Enfermagem. Utilizou-se como técnica de coleta de dados a entrevista com dezessete docentes de enfermagem da área de saúde da mulher de acordo com os critérios de inclusão selecionados pela pesquisa. Da análise do material produzido surgiram quatro categorias, a saber: Concepções de integralidade no cuidado à saúde da mulher; Integralidade do cuidado no ensino da saúde da mulher; Estratégias utilizadas para inserir a integralidade no ensino de enfermagem na saúde da mulher; Dificuldades para implantar a integralidade no cuidado à saúde da mulher. Identificou-se que foram muitos os avanços do Sistema Único de Saúde na última década. Contudo, no que diz respeito à sua consolidação como sistema público de saúde, ainda estamos diante de grandes desafios, entre os quais se destaca o relativo à incorporação efetiva dos princípios e valores do SUS nos processos de trabalho, bem como nos processos formativos para a enfermagem na área da saúde da mulher. Desta maneira, faz-se necessário construir novas formas de trabalhar melhor com a assistência, perceber como efetivas as políticas públicas na área da saúde da mulher, considerando as necessidades e demandas locais no país. É evidente a dificuldade em seguir os princípios aqui defendidos, porém a integralidade no cuidado à saúde da mulher, só será possível quando houver compromisso ético com as ações e relações necessárias para sua efetivação.

Palavras-chave: Saúde da mulher. Educação em enfermagem. Assistência integral à saúde.

ABSTRACT

This study aimed at analyzing the nursing teachers' theoretical and practical concepts from the idea of comprehensiveness, as well as discussing the strategies used by teachers to insert comprehensiveness content in the nursing teaching process, both of which regarding women's health. The current policy of integral attention to women's health proposes the incorporation of comprehensiveness as a guiding principle to articulate the teaching world to the working and social reality levels. In this context, many meanings combine to, and conflict against each other in the formation of the comprehensiveness idea in the women's health care. The methodology involved the qualitative approach carried out in Public Higher Education Institutions in the State of Rio de Janeiro that offer Undergraduate Nursing Courses. The data collection technique comprised an interview with seventeen nursing teachers from the women's health area, according to the inclusion criteria selected by the research. Four categories arose out of the analysis of the material produced, namely: Comprehensiveness concepts in the women's health care; Comprehensiveness of the care in women's health teaching process; Strategies used to include comprehensiveness in women's health nursing teaching process; Difficulties to implement comprehensiveness in women's health care. Many breakthroughs were identified in the Brazilian Unified Health System (SUS) in the last decade. However, as regards its consolidation as public health system, great challenges are yet to be responded to, with emphasis to the effective incorporation of SUS' principles and values in the work processes, as well as in the nursing training process in the women's health area. Therefore, it is necessary to build new ways to better work the assistance and perceive the public policies in the women's health area as effective, considering the local-regional needs and demands in the country. The difficulty in following the principles defended here is quite clear, but comprehensiveness in women's health care will only become possible where there is ethical commitment with the actions and relationships necessary for its execution.

Keywords: Women's health. Education, nursing. Comprehensive health care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
AIS	Ações Integradas de Saúde
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COEP	Comitê de Ética e Pesquisa
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
IES	Instituições de Ensino Superior
IECs	Informação, Educação e Comunicação em Saúde
LDB	Lei de Diretrizes e Bases
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NOB / RH-SUS	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PPP	Projetos Políticos Pedagógicos
SGTES	Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	11
1	CONTEXTUALIZANDO O ESTUDO	16
1.1	Evolução das políticas de saúde da mulher e o enfoque de gênero	16
1.2	Concepções de integralidade e cuidado	20
1.3	A integralidade do cuidado à saúde e formação profissional na enfermagem	23
1.4	Ensino de enfermagem no Brasil	30
2	METODOLOGIA	39
2.1	Tipo de estudo	39
2.2	Cenário da pesquisa	40
2.3	Sujeitos da pesquisa	40
2.4	Coleta de dados	41
2.5	Análise dos dados	43
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO	45
3.1	Categoria 1 - Concepções de integralidade no cuidado à saúde da mulher ..	45
3.2	Categoria 2 - Integralidade do cuidado no ensino da saúde da mulher	53
3.3	Categoria 3 - Estratégias utilizadas para inserir a integralidade no ensino de enfermagem na saúde da mulher	56
3.4	Categoria 4 - Dificuldades para implantar a integralidade no cuidado à saúde da mulher	60
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
	REFERÊNCIAS	70
	APENDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido	79
	APÊNDICE B – Roteiro da entrevista	82
	ANEXO - Parecer de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da UERJ	83

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Os movimentos das mulheres retratam batalhas antigas, precedentes ao surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), e que reivindicam reformas das instituições de saúde e de ensino. Como marco histórico, a proposta do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), na década de 80, demonstrou a necessidade de mudanças na abordagem às mulheres por parte dos serviços, garantindo a visão de sujeito integral e não apenas o foco na assistência ao ciclo gravídico-puerperal.

Embora a imagem do programa tenha se pautado na discussão sobre o princípio da integralidade, o PAISM atuou na perspectiva da resolução de problemas, mantendo a ênfase na saúde reprodutiva e redução da mortalidade materna. Neste sentido, o PAISM destacou-se na evolução dos conceitos de saúde da mulher, ao contemplar saúde reprodutiva, planejamento familiar, prevenção de câncer cervico-uterino e de mamas e questões relativas às doenças sexualmente transmissíveis (GALVÃO; DÍAZ, 1999).

Publicações recentes (TYRREL; SOUZA; SOUZA, 2010; PROGIANTI et al., 2009) sugerem que o PAISM, apesar dos esforços, não foi efetivamente implementado em todo o território nacional, demonstrando importante distanciamento entre o conceito e a prática. Há porém que avaliar nesse contexto a dificuldade de incorporar novos conceitos, o que ocorreu devido a múltiplos aspectos, entre eles os de ordem política, econômica, cultural e social que permeiam o país.

Encontra-se em vigor, atualmente, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que apresenta como um de seus princípios a qualidade da assistência e defende, em suas diretrizes, a atenção à mulher nos diferentes níveis do SUS, com articulação das ações e serviços. Percebe-se, então, que urge a retomada do ideário e da utopia da integralidade na saúde das mulheres, entretanto de forma atualizada e permanente, com as produções científicas que vêm sendo acumuladas nos últimos anos.

Muitos dos problemas atuais estão relacionados à qualidade da assistência, comprovando a urgência em se utilizar e integrar todos os campos do saber da saúde que podem colaborar no enfrentamento desse desafio. Faz-se necessária a redefinição das práticas nos serviços e redirecionamento da formação profissional em todos os níveis. Para isso se torna fundamental uma análise prospectiva das bases históricas, políticas e ideológicas que condicionam o processo de formação e a práxis (GEOVANINI et al., 2002).

Ao falar-se em políticas públicas a partir do SUS, o termo “atendimento integral/integralidade” está muito em voga. Começaremos localizando os termos dentre as doutrinas em que o sistema está baseado: universalidade, equidade e integralidade. Segundo o material de Gestão Municipal de Saúde (BRASIL, 2001) o primeiro indica que o acesso às ações e os serviços de saúde deve ser garantido a todas as pessoas; a equidade tem como objetivo diminuir as desigualdades, e a integralidade visa considerar a pessoa e atender a todas as suas necessidades, incluindo a promoção de saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Ao mesmo tempo, o princípio da integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que sejam afins na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos.

Situaremos o aparecimento do termo “integralidade” em relação à criação do próprio SUS e à forma como pensamos saúde hoje. Mattos (2004a) coloca a integralidade como um dos principais objetivos do movimento sanitário e responsável pela formulação do conceito de saúde vigente desde a Constituição de 1988. O movimento da Reforma Sanitária tomou força no final do regime militar na década de 70, sendo até então observada a consolidação de um modelo hospitalocêntrico e medicalizante, ancorado em uma relação autoritária, mercantilizada e tecnificada entre o médico e paciente e entre serviços de saúde e população. O movimento sanitário reivindicou um novo conceito de saúde que considerasse não só a dimensão biológica, como também a dimensão social no processo saúde/doença, indicando uma ruptura na forma como se pensava esse processo. Como aponta Birman (2005), as pressões desse movimento conseguiram exercer influência nas políticas de saúde adotadas pela Nova República, fortalecer a participação social e impulsionar a descentralização dos serviços de saúde.

A VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), de 1986, tem um papel decisivo na construção do que se configura como SUS, pois lança os princípios básicos para a formulação de uma nova política de saúde. O Relatório da Conferência serviu de base, nos aspectos referentes à saúde, para a elaboração da nova Constituição Federal, nas diretrizes e nos princípios dos SUS (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987). Em 1988, foi aprovada a nova Constituição Federal; estava criado, constitucionalmente, o Sistema Único de Saúde, que foi regulamentado pelas Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

A partir disso, a saúde passa a ser entendida como resultante de políticas sociais e econômicas, como direito do cidadão e dever do Estado, como parte da seguridade social. As

ações e os serviços devem ser promovidos por um sistema único de saúde organizado segundo os princípios da descentralização, com atendimento integral e controle social.

Aponta-se aqui que a integralidade, a partir da Constituição de 1988, não se coloca mais como norteadora de uma reforma, mas é prevista como lei, ou seja, constitui-se como um discurso do Estado, uma política pública deste, uma norma. Bernardes (2005) salienta que se pode entender políticas públicas como forma de administração da população, isto é, estratégias de governo. “As formas de governos têm como correlatos campos de saber que objetivam a saúde, a educação, a habitação, a alimentação, mas sobretudo, objetivam certo modo de ser” (BERNARDES, 2005, p. 12).

Outra proposição interessante para se pensar integralidade é formulada por Pinheiro (2009) para quem o termo “integralidade” foi cunhado em um determinada conjuntura: não existe no dicionário, não tendo tradução para outros idiomas, tendo sido forjado no contexto específico de criação do SUS. Para a autora, a atenção integral existe há mais de 20 anos, por exemplo, na saúde da mulher e da criança. Porém, o que está sendo inaugurando é a discussão desse termo no seu contexto, uma tentativa de criar uma gramática civil sobre ele. A integralidade seria um valor democrático que necessariamente retoma uma participação política intensa, em movimentos organizados ou não, constituindo-se como uma ação social de interação democrática entre os sujeitos no cuidado em qualquer nível do serviço de saúde.

Neste momento, passaremos a descrever a integralidade no sentido discutido por Ceccim (2009), como eixo da política de educação permanente do SUS, e por Ceccim e Feuerwerker (2004a) em relação aos cursos de graduação. Para Ceccim (2009), integralidade figura como eixo condutor da política de educação do SUS, que trata das necessidades de formação “no e para o” trabalho do SUS. Gestão, ensino, atenção e controle social são faces da educação permanente; ela não existe sem que todos os atores estejam em cena, sem que se coloquem em questão. A formação no trabalho, programa de capacitação, não só deverá incluir o profissional que está no serviço, como também estar voltada para a cooperação técnica regular que a universidade e a escola técnica devem ter com a rede de serviço e para a gestão do sistema.

Para o autor, a integralidade ajuda a pensar a formação, pois indica que esta não é só técnica, devendo compreender cultura, sistema e relação; uma atenção integral não se dará desqualificando a cultura das populações. A integralidade responde a essa necessidade de os profissionais perceberem que estão sempre lidando com histórias familiares, de vida, e não eventos patológicos (CECCIM, 2009). A formação para o trabalho seria em termos de uma formação para o SUS; para Ceccim e Feuerwerker (2004a), a Constituição de 1988 indica que

o SUS deve ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde, ou seja, os cursos da área da saúde devem formar profissionais dentro dessa perspectiva de saúde pública, priorizando-a.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos Cursos de Graduação em Saúde afirmaram que a formação profissional de saúde deve contemplar o “sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral em saúde”. Assim, a integralidade da atenção à saúde configura-se como eixo norteador da necessidade de mudança na formação dos profissionais e contribui com a formação política do SUS para a mudança na graduação das profissões em saúde. Neste contexto, é importante salientar o papel da formação profissional do enfermeiro no cuidado à saúde dessa mulher. Podemos destacar, então, que o ensino de enfermagem passa a relacionar o aprender a aprender (aspecto científico), o aprender a fazer (aspecto técnico) e o aprender a ser e viver junto (aspecto sociovalorativo) apontados como pilares da educação no relatório da United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO) da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI (DELORS, 2003).

A construção do SUS depende diretamente da formação dos recursos humanos, na área de saúde. Os profissionais de saúde possuem um papel primordial na sua consolidação. Neste sentido, segmentos importantes das Instituições de Ensino Superior (IES) têm participado da construção do SUS, desde o seu início, oferecendo contribuições às formulações e proposições que organizam a saúde. Entretanto, identificam-se a longo tempo a necessidade de promover mudanças na formação, de modo a aproximá-la dos conceitos e princípios, que possibilitarão atenção integral e humanizada à população brasileira (BRASIL, 2004b), visto que o perfil dos estudantes sempre esteve centrado no modelo médico e na fragmentação.

No modelo de atenção são necessárias mudanças no processo de trabalho em saúde, no perfil dos sujeitos e nas relações estabelecidas entre os trabalhadores e os usuários dos serviços (TEIXEIRA, 2007). Por isso, acreditamos que não poderemos promover mudanças, sem que as instituições de ensino na área de saúde, centrem, nos usuários, seus Projetos Políticos Pedagógicos (PPP) e suas práticas, com eixo na integralidade do cuidado.

A adoção da integralidade como eixo norteador da formação resgata o conceito de “omnilateralidade”, ou seja, a necessidade de considerar a totalidade na análise de qualquer fenômeno, em questão, demandando uma compreensão integral do mundo e das relações sociais e políticas (SILVA; TAVARES, 2004).

A estratégia da integralidade como eixo de mudança, no ensino de graduação, tem sido uma das estratégias do Ministério da Saúde (MS). Por meio deste princípio do SUS, o MS tem desenvolvido ações concretas, como: a convocatória nacional para o desencadeamento da sistematização de práticas inovadoras de integralidade no ensino da saúde; a ampliação do pensamento crítico dinamizador da mudança na graduação em saúde; o trabalho articulado com o Ministério da Educação (MEC); o desenvolvimento de linha adicional de financiamento aos Pólos de Educação Permanente em Saúde e a sistematização de experiências que mostrem ser possível produzir benefícios de curto prazo para a formação, para o exercício profissional e para os serviços de saúde (BRASIL, 2004b).

Desta forma, a presente pesquisa teve como objeto as concepções teóricas e práticas acerca da integralidade do cuidado na saúde da mulher na visão dos docentes de enfermagem. Para nortear o estudo adotou-se a seguinte questão: quais as concepções teóricas e práticas acerca da integralidade do cuidado na Saúde da Mulher na visão dos docentes de enfermagem da área da Saúde da Mulher?

Sendo assim, foram definidos os seguintes objetivos:

- a) analisar as concepções teóricas e práticas docentes de enfermagem no cuidado à Saúde da Mulher a partir da idéia de integralidade;
- b) discutir as estratégias utilizadas pelos docentes para inserir o conteúdo da integralidade no ensino de enfermagem na Saúde da Mulher.

Evidencia-se assim, a necessidade de se desenvolver pesquisas e estudos sobre a integralidade, para que os atores do processo de atenção à saúde apropriem-se do tema, e utilizem os seus princípios nas ações de saúde, visto que a integralidade é um assunto escassamente estudado, principalmente no que se refere à sua inclusão na formação de recursos humanos, para o SUS. Ainda, não identificamos até o momento estudos que busquem as concepções e práticas dos docentes, na área da saúde da mulher, nas instituições públicas de ensino superior do Estado do Rio de Janeiro considerando a integralidade no cuidado, o que comprova a necessidade de realização da presente pesquisa.

Esperamos que os resultados possam contribuir para a reflexão dos docentes das IES sobre o sentido da integralidade no ensino da saúde da mulher, assim como, reorientar o processo de formação, potencializando estratégias e os recursos humanos já utilizados, rumo à construção contínua de integralidade do cuidado na área da saúde da mulher.

1 CONTEXTUALIZANDO O ESTUDO

1.1 Evolução das políticas de saúde da mulher e o enfoque de gênero

Ao longo dos anos a mulher tem sido vista na sociedade brasileira como subordinada ao homem forte, que a protege e sustenta. São consideradas como as principais obrigações femininas a maternidade, a manutenção da boa saúde e a educação da prole. As perspectivas para considerar dimensões como direitos humanos e questões de cidadania ainda estão muito distantes de tornarem-se realidade. O conceito mais aceito e exposto sobre a saúde da mulher aborda aspectos da biologia e da anatomia do corpo feminino. O corpo da mulher tem sido, então, visto apenas sob a ótica da reprodução, e a maternidade torna-se o principal atributo (HEILBORN, 2002; GIFFIN, 2002).

De acordo com o senso comum as condutas masculinas e femininas são determinadas por uma inscrição natural em seus corpos, de forma que a mulher está circunscrita ao processo reprodutivo e do sexo masculino espera-se uma associação à esfera pública e atitudes de virilidade e força, em oposição à fragilidade feminina (HEILBORN, 2002). A situação de subordinação das mulheres implicava em aceitar a maternidade como sua função.

A relação de dominação e subordinação entre homens e mulheres apóia-se na distinção produzida pelas relações de gênero. O conceito de gênero refere-se à construção social do sexo (masculino e feminino), que visa sobretudo distinguir a dimensão biológica da social. Através deste raciocínio, conclui-se que há machos e fêmeas na espécie humana, mas a qualidade de ser homem e mulher é realizada pela cultura (HEILBORN, 2002; FONSECA, 2007).

Com base nisso, através dos tempos a assistência à saúde da mulher tem sido restringida apenas à saúde materna ou ausência de doenças associadas à reprodução humana, o que justifica ações restritas à manutenção da saúde durante o processo gestacional, à prevenção de câncer cérvico-uterino e mamário, além da prevenção da gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis.

No Brasil, até o advento do SUS, a organização da atenção à saúde caracterizou-se por estar sempre voltada para a manutenção da força de trabalho, destinada exclusivamente aos assalariados urbanos e, em especial, aos operários das indústrias. Tal fato concentrou historicamente, os recursos financeiros sobre a assistência médica previdenciária,

individualizada, curativa e hospitalocêntrica (NOGUEIRA, 1994; BERTOLLI FILHO, 1998; MENDES, 2001).

Nas últimas décadas, houve no Brasil uma grande inserção da mão de obra feminina em todos os setores da sociedade, entretanto apenas as mulheres com mais de oito anos de escolaridade foram beneficiadas pelo sistema de saúde, ficando as de baixa escolaridade e renda alijadas das possibilidades de melhoria da qualidade de vida. Se a população brasileira vem sofrendo um empobrecimento, cabe à mulher das camadas mais empobrecidas o maior ônus, ou seja, a perpetuação das péssimas condições de vida e a manutenção das formas de exploração e dominação. Nesse contexto, o papel do médico está mais voltado a administrar conflitos sociais do que recuperar a saúde dessa população (MENDES, 2001).

Na década de 80 realizou-se no Brasil a VIII Conferência Nacional de Saúde, um dos eventos sociais sobre a saúde da população brasileira mais significativos, que contou com a participação de todos os setores da sociedade. Nesse evento, estiveram presentes os movimentos de mulheres que foram imprescindíveis para determinar um novo conceito sobre saúde-doença, muito mais abrangente do que aquele que havia até então (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987; NOGUEIRA, 1994; BERTOLLI FILHO, 1998).

A saúde não é conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento do seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas [...] Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviço de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987, p.382).

A consequência desse novo conceito foi a ampliação dos direitos de assistência à saúde, numa tentativa de estar livre de reducionismos e distorções, a busca de respostas às reais necessidades de saúde da população brasileira. Tal construção de pensamento concretizou-se na formulação legal do sistema de SUS, garantida na Constituição de 1988 (BRASIL, 1990).

Em relação ao grupo feminino, embora sejam muitas as desvantagens que recaem sobre as mulheres, tais como questões de gênero, pobreza, manutenção da família, raça e etnia, só há pouco tempo vêm sendo discutidos tais problemas como inerentes à saúde da mulher, além dos diretamente relacionados à saúde reprodutiva.

Como qualquer cidadão, a mulher deve ter garantido o direito de expressar seus pensamentos, manifestar sua participação política, gerar autonomia e usufruir dos direitos

sociais que lhe cabem, os quais devem protegê-la contra as diversas expressões de violência de gênero e de sexo, além de garantir seu atendimento com respeito e humanidade quando acontecerem tais violências, minimizando as suas consequências. Assegurar que cada mulher tenha condição de conquistar sua cidadania reflete viabilizar uma concepção do processo saúde-doença emitida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), na qual são incorporadas dimensões da sexualidade e da reprodução humana em uma perspectiva de direitos (BRASIL, 2004a).

Mediante as concepções sobre a saúde da mulher expostas acima, foram concebidas políticas para proteger sua saúde e preservar sua função social. No Brasil, a saúde da mulher só foi incorporada às políticas públicas nacionais nas primeiras décadas do século XX, mantendo-se limitadas até a década de 1970 às demandas relativas à gravidez e ao parto (TYRRELL; SOUZA; SOUZA, 2010) .

Tais políticas tinham a intenção de proteger os grupos de risco e de maior vulnerabilidade, ou seja, crianças e gestantes. Os programas relativos à assistência à saúde ofereciam cuidados no ciclo gravídico-puerperal e não geravam maior impacto, pois advinham do nível central verticalizadamente e não levavam em consideração as reais necessidades da população local (NOGUEIRA, 1994; BRASIL, 2004a). O movimento feminista brasileiro criticou veementemente a perspectiva reducionista desses programas e contribuiu para que fossem introduzidos importantes itens na agenda política nacional, revelando as desigualdades nas condições de vida e nas relações entre homens e mulheres.

No Brasil, o governo cria o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher e o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança em 1984, desvinculando a atenção prestada à mulher da atenção à criança. O PAISM marcou um novo tempo e uma forma de eleição de prioridades assistenciais à população feminina no Brasil e foi integrado aos princípios e as diretrizes propostas pelo então recém criado SUS. Os avanços com a elaboração do PAISM são indiscutíveis. Formulado para ampliar a assistência à mulher para além do ciclo gravídico-puerperal, englobou a assistência em clínica ginecológica, climatério, planejamento familiar, Doenças Sexualmente Transmissíveis, câncer de colo uterino e de mama e violência sexual (BRASIL, 2004a; TYRRELL; SOUZA; SOUZA, 2010).

Mais do que um programa normativo do Ministério da Saúde, o PAISM representava para os movimentos sociais uma estratégia capaz de modificar a forma de assistir à mulher, considerando esta como sujeito da saúde reprodutiva (GIFFIN, 2002). Tal programa, apesar de continuar dando ênfase ao ciclo reprodutivo, proporcionou uma ampliação do conceito de

saúde da mulher, a melhoria na qualidade da atenção prestada e modificou a forma de reconhecer a mulher.

Em 2004, com a elaboração da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, foi possível obter uma efetiva ampliação do foco na assistência à mulher, em que se fica evidente a preocupação com as ações que atendam as necessidades específicas das mulheres nas diferentes fases do ciclo vital abrangendo as negras, indígenas, em situação de cárcere, trabalhadoras rurais e urbanas, homossexuais, entre outras (BRASIL, 2004a).

Com a elaboração desta política, o Estado reforçou a visão de integralidade da assistência prestada às mulheres, incluindo a parceria de movimentos de mulheres, movimento de raça e etnia, sociedades científicas, pesquisadores, gestores de saúde, Organizações Não Governamentais (ONG) e agências de cooperação internacional. Nesta política, a mulher passou a ser vista como sujeito de cidadania (TYRRELL; SOUZA; SOUZA, 2010).

Ainda é possível observar desajustes entre sua criação e implementação. Por exemplo, o sistema de saúde que deve ser orientado e capacitado para o atendimento das necessidades da população feminina, oferecendo uma assistência integral, apresenta ainda variações na qualidade dos serviços entre as diversas regiões brasileiras e entre os grupos étnicos e socioeconômicos.

Tais desajustes constituem desafios para a abrangência da PNAISM, reconhecidos durante a sua elaboração, devido às diversidades do milhares de municípios e dos 26 estados brasileiros, que apresentam diferentes níveis de desenvolvimento e de organização dos seus sistemas locais de saúde e tipos de gestão, além da própria heterogeneidade do país em relação as condições sócio-econômicas e culturais, que atingem diretamente o acesso às ações e serviços de saúde (BRASIL, 2004a).

Paralelamente, nota-se que cada vez mais as mulheres estão engajadas em um movimento pelo reconhecimento de seus direitos. Progianti et al. (2009) salientam que vários segmentos da sociedade vêm se organizando e questionando o paradigma assistencial vigente, que entre outras coisas promove a subordinação feminina às decisões dos profissionais. A proposta defendida pelo movimento de humanização sugere mudanças na maneira de assistir a mulher, que já começam a ser adotadas pelos gestores das políticas públicas. Com isso, percebe-se que o paradigma assistencial vigente não atende mais satisfatoriamente às necessidades femininas.

Nesse contexto, podemos destacar que a política de saúde da mulher tem como primeiro objetivo indicar os recursos mínimos necessários, mas abrangentes, à saúde daquelas

que, além de ser a maioria da população brasileira, cuidam, monitoram e acompanham a saúde de outros elementos da família, vizinhança e comunidade.

Apesar da importância da mulher no contexto de manutenção da família e seu entorno e da chegada do século XXI, a mulher sofre com as sobrecargas de trabalho e responsabilidades e ainda tem o seu desgaste aumentado em razão dos preconceitos e discriminações impingidos pela sociedade, fatos que aumentam a vulnerabilidade feminina perante certas doenças e agravos.

Os processos saúde-doença que incidem na população feminina manifestam relação com a qualidade de vida de cada classe social e com o desenvolvimento regional diferenciado e reconhecido no Brasil. A política de saúde da mulher deve, portanto, ser reeditada mediante a situação epidemiológica específica de cada região do Brasil seguindo as diretrizes do SUS, para viabilizar e causar maior impacto no processo saúde-doença da população feminina da área (BRASIL, 2004a).

Apesar dos avanços, o sistema público de saúde ainda necessita de maior financiamento e de constituição de estratégias que resolvam os inúmeros problemas operacionais existentes, entre eles a reformulação da prática sanitária, a fim de transformá-lo em instrumento de reprodução da vida das pessoas (NOGUEIRA, 1994). O principal desafio vigente é avançar em direção à concretização dos preceitos dos SUS nos serviços e nas ações que assegurem o direito à saúde, como uma conquista que se realiza em cada estabelecimento de saúde, equipe e prática sanitária.

1.2 Concepções de integralidade e cuidado

A Integralidade, a Universalidade, a Equidade, o Controle Social e a Descentralização formam a base do SUS. A Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal 8.080/1990), que regulamenta o SUS, trata a integralidade como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990).

A integralidade do cuidado à saúde também é apresentada no artigo 198 da Constituição Federal como uma diretriz do Sistema Único de Saúde, por meio do atendimento integral, “com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988, p. 1).

Mattos (2006) afirma que a integralidade, defendida no setor da saúde há algumas décadas é concretizada na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica de Saúde, e assume uma certa polissemia de sentidos. O autor discorre sobre três sentidos: a integralidade como traço da boa medicina; como modo de organizar as práticas de saúde e como resposta governamental a problemas de saúde de populações específicas.

O primeiro sentido relaciona-se à atitude do profissional de saúde frente aos sujeitos, criticando e se opondo a uma visão reducionista que utiliza o sujeito como objeto, ou seja, como uma doença, um aparelho fisiológico ou uma queixa pontual. Defende uma visão ampliada e, portanto integral do cuidado à saúde dos sujeitos assistidos e considerando os seus modos de viver e de enfrentar os problemas de saúde.

O segundo sentido refere-se aos atributos da organização dos serviços de saúde, e corresponde a uma crítica da dissociação entre as práticas de saúde pública e as práticas assistenciais.

O último grande sentido da integralidade aplica-se às respostas governamentais aos problemas de saúde, que no desempenho de suas políticas assistenciais devem ter a capacidade de buscar abarcar os diversos grupos atingidos por um problema, respeitando suas especificidades.

Em que pesem as diferenças entre esses sentidos acerca da integralidade, o próprio autor sugere que há pontos de convergência e que, em todos os sentidos, a integralidade “implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos, e talvez, uma afirmação de abertura ao diálogo” (MATTOS, 2006, p. 61).

Campos (1994) defende que a integralidade em saúde deve ser entendida no sentido ampliado de sua definição legal, como uma ação social que resulta da interação democrática entre os sujeitos no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado em saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema de saúde.

Concordamos com o autor que o entendimento de integralidade extrapola o texto constitucional, haja vista que é no campo das práticas que ela se constrói, seja na formulação e gestão das políticas de saúde, seja nas relações que se estabelecem entre usuário e profissional, e destes com os serviços.

Albuquerque e Stotz (2004) lembram que o conceito de integralidade emana do Movimento de Reforma Sanitária, que defendia uma visão mais ampliada da atenção à saúde, criticando a fragmentação excessiva que tornava o modelo de atenção vigente reducionista, com ênfase nas ações curativas em detrimento das ações de promoção e prevenção. Os autores

também fazem menção às Ações Integradas de Saúde e ao PAISM como iniciativas nos quais já se observava a presença da noção de integralidade.

Nesse sentido a integralidade não é um conceito e sim uma “bandeira de luta”, constituindo-se como um “modo de atuar democrático”, um “saber fazer integrado”, no qual o cuidado é pautado por uma relação comprometida, responsável, sincera e de confiança entre os profissionais de saúde e os usuários (GOMES; PINHEIRO, 2005).

Albuquerque e Stotz (2004) aproximam-se desse sentido ao defenderem que a integralidade é:

[...] um princípio pelo qual as ações relativas à saúde devem ser efetivadas, no nível do indivíduo e da coletividade, buscando atuar nos fatores determinantes e condicionantes da saúde, garantindo que as atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde sejam integradas, numa visão interdisciplinar que incorpore na prática o conceito ampliado de saúde (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004, p. 263).

Considerando a ação educativa em saúde como uma prática dialogada e participativa, que tem como objetivo a transformação da realidade de saúde dos sujeitos e grupos sociais assistidos, observa-se uma estreita relação com essa noção de integralidade e o cuidado à saúde. Por isso, alguns autores defendem que a integralidade é o eixo norteador das ações educativas desenvolvidas nos serviços de saúde (LEONELLO; OLIVEIRA, 2010).

A perspectiva da integralidade valoriza a multidimensionalidade dos sujeitos, e o cuidado, entendido como um componente da integralidade, deve permear as práticas de saúde e não pode se restringir apenas às competências e tarefas técnicas (AYRES, 2001). O cuidado humano é uma forma de estar no mundo; um existir pleno de responsabilidades, é preservar a natureza, a dignidade humana, a espiritualidade, é contribuir na construção da história, do conhecimento, da vida (WALDOW, 2001; VARGENS; PROGIANTI; ARAÚJO, 2007).

Waldow (2001) considera que o cuidado tem como objetivos aliviar, confortar, apoiar, ajudar, favorecer, promover, restabelecer e fazer. Além de aliviar o sofrimento humano, busca manter a dignidade e facilitar meios para manejar as crises e experiências de viver e morrer. O cuidado é, portanto, um componente fundamental quando se pensa em assistir integralmente outro indivíduo.

O cuidado, vinculado à escuta, acolhimento, tratamento digno e respeitoso são algumas idéias que certamente participam dos sentidos da integralidade. Olhar o ser humano como um todo, substituir o foco na doença pela atenção à pessoa, com sua história de vida e seu modo próprio de viver e adoecer são outras referências fundamentais. Reconhecer e lidar com diferentes saberes, abrir mão de modelos pré-estabelecidos e se dispor a discutir e experimentar os alcances e limites do que pode ser a integralidade torna-se também um

caminho. A integralidade poderia ser encarada exatamente como essa ação social de interação democrática entre sujeitos no cuidado em qualquer nível do serviço de saúde (CECCIM; FERLA; PELEGRINI, 2003; PINHEIRO, 2009).

Nesse sentido, a discussão sobre integralidade perpassa pela formação profissional e educação permanente, que deve estimular o trabalho em equipe, de modo a favorecer o diálogo entre os profissionais de saúde, como também a definição coletiva da assistência ao usuário como foco central das ações de saúde. Para prestar uma assistência holística, não podemos acreditar que seremos capazes de fazê-lo individualmente.

1.3 A integralidade do cuidado à saúde e formação profissional na enfermagem

Atualmente, a formação profissional tem se constituído uma preocupação governamental à medida em que a implantação das novas propostas de atenção do setor saúde implica necessariamente na formação e capacitação de profissionais não apenas preparados tecnicamente, mas também empenhados em atender as necessidades de saúde da pessoa e da população.

Visualizamos hoje uma transição do modelo assistencialista, eminentemente curativo, centrado em hospitais, para uma concepção voltada para a promoção da saúde, que inclui prevenção, diagnóstico precoce, recuperação e reabilitação.

A implementação desta nova concepção significa suplantando o modelo curativista ainda fortemente presente no cotidiano da nossa sociedade.

O novo modelo implica dispor de profissionais capazes de reconhecer a amplitude necessária de atuação em um conjunto articulado de ações. Devem conhecer essas ações e dar-lhes continuidade em seu segmento, mantendo relação com os demais. Devem ser agentes ativos na produção de serviços, conscientes da importância para o alcance de objetivos maiores (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2003, p.69).

Assim, o Ministério da Saúde reconhece como ponto fundamental para a transformação da assistência uma formação de qualidade dos profissionais de saúde. Cabe lembrar que a formação profissional em saúde no Brasil foi orientada e desenvolvida por meio de um enfoque político curativo visando proteger a população produtiva, principalmente na década de 1940 com a consolidação de uma sociedade industrial, onde os trabalhadores

conquistaram seus direitos sociais, como aposentadorias e assistência à saúde (DANTAS; AGUILLAR, 1999).

A formação em saúde vem se tornando tema obrigatório nos debates referentes a efetivação e a operacionalização do SUS no país. Grande parte desses debates tem como uma das questões principais o distanciamento entre a formação dos profissionais de saúde e a prática esperada nos serviços.

De fato diversos autores concordam em afirmar que o SUS não consegue ser efetivamente operacionalizado se não houver uma força de trabalho qualificada para efetivá-lo nos serviços. Seus princípios e suas diretrizes precisam ser compartilhados e exercitados pelos profissionais que atuam nos serviços para o atendimento das necessidades de saúde da população nos diferentes níveis do sistema (FEUERWERKER, 2002; CECCIM; FEUERWERKER, 2004a; RIGOLI; ROCHA; FOSTER, 2006).

As diretrizes políticas para os recursos humanos do SUS, expressas pela Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/ RH-SUS), também são enfáticas ao preconizar a formação dos profissionais de saúde pautada nos princípios e diretrizes do SUS, com a finalidade de operacionalizar o sistema de serviços de saúde (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2003).

Apesar dessa preocupação com a formação em saúde, as IES formadoras dos profissionais de saúde por muito tempo resistiram em formar seus alunos com base nos princípios e diretrizes do SUS. Na verdade, essa resistência refletia, e em parte ainda reflete, a preponderância do modelo curativista, especializado e individualizado, amplamente difundido nos serviços de saúde entre as décadas de 50 e 60.

Esse modelo, que também é fruto da tendência mundial mercadológica de entender a saúde como ausência de doença e a assistência como um processo curativo e individual, imputava as instituições formadoras a necessidade de formar um contingente cada vez maior de profissionais de saúde que pudessem atuar nas instituições de saúde com esse perfil.

A formação inicial em saúde tornou-se tema de debate crescente nas últimas décadas no âmbito das diretrizes políticas na área de educação, alcançando grande visibilidade com a promulgação, em 2001, das DCN para os cursos da área de saúde.

As DCN, entre outras características, reafirmaram a necessidade e o dever das IES em formar profissionais de saúde voltados para as necessidades do SUS, com finalidade de adequar a formação em saúde às necessidades de saúde da população brasileira.

A interface entre as áreas de educação e saúde no que refere à preocupação com a formação também pode ser exemplificada na atual política de formação da força de trabalho

para os serviços de saúde no Brasil, da Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde, expressa em três projetos: o AprenderSUS, o VerSUS e o Pró-Saúde.

Em linhas gerais, o projeto AprenderSUS, iniciado em 2004, apresenta como objetivo principal orientar mudanças nas graduações em saúde, com a finalidade de transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e estrutura-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades em saúde das pessoas, dos coletivos e das populações (BRASIL, 2004b).

O VerSUS, desenvolvido pela parceria SGTES, entidades estudantis nos cursos da área de saúde e secretarias municipais de saúde, tem como uma das suas propostas oferecer vivências e estágios no SUS a estudantes de graduação, com o principal objetivo de “promover a integração dos futuros profissionais à realidade da organização dos serviços, levando em consideração os aspectos de gestão do sistema, as estratégias de atenção, o controle social e os processos de educação na saúde” (BRASIL, 2007).

Finalmente o Pró-Saúde, lançado em 2005, objetiva a reorientação do processo de formação em saúde com vistas a formar profissionais que possam operacionalizar o SUS nos serviços de saúde da população. Propõe uma intervenção no processo formativo para as IES possam desenvolver programas de educação para os cursos de saúde que desbloqueiem a formação centrada na assistência individual e especializada para um ensino baseado nas necessidades sociais e nos princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2005).

Observa-se o esforço por parte do Ministério da Saúde, em articulação com o Ministério da Educação e entidades representativas das profissões em saúde, dentre elas a de enfermagem, para promover mudanças na formação em saúde que tenham como eixo de ensino o SUS. Entretanto, colocar o SUS, seus princípios e diretrizes, e a necessidade de saúde como ponto de partida para a formação dos profissionais de saúde implica aceitar o desafio de transformar o modelo tradicional de assistência à saúde (CARVALHO; CECCIM, 2006).

Para Campos (2003), esse modelo, centrado na atenção individual e especializada, está se esgotando não só pelo seu alto custo, mas também pelo baixo impacto nas condições de vida e saúde das populações. Para reverter esse quadro, o autor defende a Reforma Sanitária, na qual os diferentes saberes já produzidos na área de saúde possam ser articulados, integrados e aprofundados, com vistas a desenvolver novas formas de produzir saúde. Para

realizar tal mudança no modelo de atenção é importante, dentre outros aspectos, ampliar as ações de promoção, prevenção à saúde e participação social.

Esse novo paradigma de saúde teria como elemento central os modelos de atenção voltados para o reconhecimento e participação ativa dos sujeitos sociais envolvidos na assistência à saúde, particularmente os usuários. Para isso, é necessário pensar modelos de atenção que reforcem a educação em saúde, mas uma educação em saúde na qual os serviços e os seus profissionais apoiem a participação dos sujeitos sociais no controle e no planejamento de saúde de sua comunidade.

Com essa preocupação, o relatório da XI CNS preconiza que um dos deveres das políticas de Informação, Educação e Comunicação em Saúde (IECs), no SUS, é o “fortalecimento da cidadania e do Controle Social, visando a melhoria da qualidade e a humanização dos serviços e ações de saúde” (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001, p.173).

Em relação à formação profissional de saúde para a ação educativa, o relatório da XII CNS, realizada em 2003, em seu sétimo eixo temático intitulado “Trabalho na Saúde”, no item “Formação dos Profissionais de Saúde” é enfático ao defender a necessidade de:

Modificar o modelo de formação dos profissionais de saúde, hoje centrado na atenção à doença, reformulando o currículo dos cursos dos profissionais de saúde, considerando temas teóricos e práticos relacionados com a promoção, a vigilância e a atenção integral à saúde, o controle social e o caráter multiprofissional e interdisciplinar das práticas de saúde. Incluir conteúdos disciplinares em informação e comunicação social sobre diversidade ética, cultural e racial do povo brasileiro, aspectos da subjetividade relacionados com a atenção e a educação em saúde, redução de danos, atenção básica e saúde da família, qualidade da atenção, direitos e deveres de cidadania, e organização e funcionamento do SUS (BRASIL, 2004b, p. 127).

A enfermagem também tem a formação de seus profissionais influenciada diretamente por estas características do contexto em que se insere. Para Pinto e Pepe (2007) a prática pedagógica dos formadores de enfermeiros não tem conseguido acompanhar as mudanças pretendidas e/ou verificadas na estrutura curricular, marcadamente no que se refere aos aspectos filosóficos e metodológicos. Ao contrário, vem perpetuando uma prática centrada no modelo biomédico-tecnicista, que se caracteriza como em oposição ao paradigma humanístico que inclui a idéia da integralidade.

Em que pese a importância dedicada às ações educativas desenvolvidas pelos profissionais de saúde, vários autores denunciam que a maioria dos projetos educativos realizados nos serviços de saúde são ineficientes e desconsideram a inserção social da população. Destacam que a formação desses profissionais não os prepara para o

enfrentamento das necessidades de saúde da população e, portanto, para as práticas educativas que valorizem a participação e o controle social (VASCONCELOS, 2001; VALLA, 2005).

Silva e Sena (2006) corroboram com esta idéia quando dizem que os processos educacionais devem ser capazes de conduzir o sujeito que aprende a um movimento dinâmico e permanente de construção do conhecimento, de aquisição de habilidades e de atitudes que o tornem mais capaz para a vida e para o trabalho e em condição de contribuir para a transformação dos contextos em que está inserido.

A concretização dos princípios do SUS, em particular o da integralidade do cuidado, no processo de formação do enfermeiro, está diretamente ligada à necessidade de uma nova organização dos serviços de saúde e da prática sanitária, embasadas em um novo modo de cuidar, tratar e acompanhar a saúde, ou seja, na transformação do modelo de atenção à saúde em suas várias dimensões: política, tecnológica e organizacional.

Nesse sentido, a formação de profissionais de saúde com perfil para atender às exigências de funcionamento emanadas pelo SUS se constitui atualmente em uma grande preocupação dos atores interessados na plena consolidação desse sistema.

Como forma de contribuir para a formação de um profissional que possa cooperar de forma efetiva para a implementação ou aprimoramento de uma proposta de atenção à saúde mais justa, mais igualitária e de melhor qualidade, o Conselho Nacional de Educação (CNE), através da Câmara de Educação Superior, aprovou a Resolução nº 3, de 7 de novembro de 2001, que trata das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001).

Nessas diretrizes, aparece explicitada a necessidade da formação estar claramente comprometida e direcionada à concretização dos princípios da reforma sanitária e do Sistema Único de Saúde. Traz também a necessidade de se avançar não apenas no preparo de um novo profissional, mas também de um indivíduo crítico, cidadão, preparado para aprender, criar, propor e construir.

No debate sobre educação, Delors (2003) sugere que a prática pedagógica deve preocupar-se em desenvolver quatro aprendizagens fundamentais que serão, para cada indivíduo, os pilares do conhecimento: *aprender a conhecer* (indica o interesse, a abertura para o conhecimento, que verdadeiramente liberta a ignorância); *aprender a fazer* (mostra a coragem de executar, de correr riscos, de errar mesmo na busca de acertar); *aprender a conviver* (traz o desafio da convivência que apresenta o respeito a todos e o exercício de fraternidade como caminho de entendimento); e, finalmente, *aprender a ser* (explicita o papel do cidadão e o objetivo de viver).

Percebe-se, assim, a necessidade de um processo de formação de profissionais éticos, generalistas, humanistas, críticos, criativos, reflexivos e com compromisso com a cidadania, em busca da promoção da saúde integral do ser humano e da transformação da realidade.

Seria simplista supor que a formação de um profissional de saúde resulta apenas de um processo de aquisições cognitivas e comprovação de habilidades de discernimento intelectual. A formação de um profissional de saúde resulta de um processo que envolve as políticas de ensino, as políticas do exercício profissional e as do trabalho em saúde (CECCIM, 2006, p. 260).

A formação para a área da saúde deve ter como objetivos, a transformação das práticas profissionais, estruturando-se a partir da necessidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades em saúde das pessoas, dos coletivos e das populações. A melhor síntese para a designação da educação dos profissionais de saúde é a noção de integralidade, pensada tanto no campo da atenção, quanto no campo da gestão de serviços e sistemas (BRASIL, 2004b). Dito em outras palavras, devemos buscar romper com o modelo de formação biologicista e medicalizante, hospitalocêntrico e procedimento-centrado e buscar incorporar a integralidade da atenção à saúde como eixo central do processo de formação do profissional de saúde.

A integralidade da atenção à saúde pressupõe, entre outros aspectos, a ampliação e o desenvolvimento da dimensão cuidadora no trabalho dos profissionais para que se tornem:

[...] mais responsáveis pelos resultados das práticas de atenção; mais capazes de acolhimento e de vínculo com os usuários das ações e serviços de saúde e, também mais sensíveis àquelas dimensões do processo saúde-doença não inscritas nos âmbitos tradicionais da epidemiologia ou da terapêutica (BRASIL, 2004a, p.4).

O usuário quando busca um serviço, além da terapêutica para a necessidade física momentânea, busca a escuta, o diálogo, a possibilidade de externar sentimentos, desejos e dificuldades. Muito raramente ele se queixa ou tem dúvidas quanto à capacidade técnica dos profissionais, mas reclamam, na grande maioria das vezes, da falta de atenção a que são submetidos.

Cecílio (2006) retrata essa situação quando afirma que:

As necessidades de saúde podem ser a busca de algum tipo de resposta para as más condições de vida que a pessoa viveu ou está vivendo (do desemprego à violência no lar), a procura de um vínculo efetivo com algum profissional, a necessidade de ter maior autonomia no modo de nadar a vida [...] a Integralidade da atenção poderia ser definida como o esforço da equipe de saúde de traduzir e atender da melhor forma possível, tais necessidades, sempre complexas, mas, principalmente, tendo que ser captadas em sua expressão individual (CECILIO, 2006, p.116).

A atenção integral à saúde implica, também, no reconhecimento da limitação da ação uniprofissional para dar conta das necessidades de saúde de indivíduos e populações, propondo mudanças nas relações de poder entre profissionais de saúde (para que efetivamente constituam equipes multiprofissionais interdisciplinares) e entre profissionais de saúde e usuários (para que se desenvolva efetivamente a autonomia dos usuários) (BRASIL, 2004b).

Camargo Jr. (2007) corrobora essa idéia quando afirma:

É imperativo reconhecer que os indivíduos isolados, ou mesmo categorias profissionais inteiras, são limitadas para dar conta de fato do espectro de demandas apresentadas pelos sujeitos que sofrem. Isto coloca o trabalho multiprofissional e interdisciplinar como necessidade fundamental. É uma estratégia mais exequível e desejável do que a tentativa de criar superprofissionais de saúde, capazes de atenderem a toda e qualquer necessidade da clientela, mesmo não percebidas (CAMARGO JR., 2007, p.39).

É fato o poder resolutivo de uma equipe multiprofissional que trabalha de forma integrada, mas vale a pena salientar que dentro da equipe de enfermagem existem conflitos de poder, saber, valorização e reconhecimento social das próprias práticas, desencadeadas pela divisão técnica e social do trabalho, já que nessa profissão temos outras categorias de trabalhadores com diferentes níveis de formação, que precisam ser bem trabalhadas com vistas a uma integração, primordialmente, na relação intra-equipe de enfermagem.

A integralidade da atenção à saúde busca, ainda, o desenvolvimento de práticas inovadoras em diferentes cenários – todos aqueles em que a produção da saúde e do cuidado ocorre, com vistas ao conhecimento da realidade de vida das pessoas, bem como de todos os âmbitos do sistema de saúde (BRASIL, 2004b).

[...] de acordo com a idéia segundo a qual cada um deve simultaneamente aprender e ensinar, a universalidade deve apelar mais à colaboração de especialistas além dos professores de ensino superior: o trabalho de grupo, a cooperação com a comunidade circunvizinha, o trabalho de estudantes a serviço da comunidade, são alguns dos fatores que podem enriquecer o papel cultural das instituições de nível superior e como tal merecem ser encorajadas (DELORS, 2003, p.45).

As ações descritas pelo autor, dentre inúmeras outras que privilegiam novos cenários e atores, poderão proporcionar ao estudante a possibilidade de conhecer sua clientela em outras situações do cotidiano diferentes das vivenciadas dentro do ambiente hospitalar. Isso dará ao futuro profissional uma dimensão do verdadeiro significado de saúde o que permitirá a construção de novos modelos de atenção centrados na integralidade.

Ter a integralidade como eixo no processo de formação da enfermeira implica também na implementação clara e precisa de uma formação para as competências gerais e específicas, necessárias a todos os profissionais de saúde, tendo em vista uma prática de qualidade,

qualquer que seja o local e área de atuação: uma formação que desenvolva a capacidade de análise crítica de contextos, que problematize os saberes e as práticas vigentes e que ative processos de educação permanente no desenvolvimento das competências específicas de cada trabalho, como sugerem as DCN, para os Cursos de Graduação em Enfermagem (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001).

Diante das considerações apresentadas, podemos dizer que a formação de profissionais de saúde deve estar embasada nos princípios e diretrizes do SUS, além de considerar as necessidades de saúde da população em seu aspecto mais amplo. Também a assistência à saúde oferecida aos usuários necessita ser humanizada, contextualizada e resolutiva. Assim, os currículos das escolas de enfermagem podem ser visualizados como a construção de práticas sanitárias de orientação integral e com comprometimento social.

1.4 Ensino de enfermagem no Brasil

A história do ensino de enfermagem, no Brasil, possui relação direta com o contexto social, político e econômico, e por meio de suas mediações e contradições podemos compreender a realidade concreta.

Durante o seu percurso histórico, o ensino de enfermagem reproduziu a estruturação ideológica reinante, mas em alguns momentos manteve mediações críticas com essas estruturas de poder hegemônicas.

A organização da enfermagem pode ser dividida didaticamente em três períodos históricos: o primeiro cuja organização esteve sob controle das ordens religiosas, que data do período colonial até o final do século XIX; o segundo identifica-se pelo desenvolvimento da educação institucional e das práticas de saúde pública, entre o século XIX até o começo da 2ª Guerra Mundial e o terceiro caracteriza-se pelo processo de profissionalização da enfermagem, que se delimita entre a 2ª Guerra Mundial até a atualidade (GEOVANINI et al., 2002).

As primeiras ações de saúde estavam vinculadas aos rituais místicos, realizados nas tribos pelos pajés e feiticeiros, enquanto que as práticas domésticas eram desenvolvidas pelas mulheres índias, para o cuidado das crianças, idosos e enfermos (GEOVANINI et al., 2002).

Após a colonização, a assistência aos doentes foi estabelecida pelos jesuítas, seguida posteriormente por religiosos, voluntários, leigos e escravos selecionados. A enfermagem,

assim, baseava-se em ações domésticas e empíricas, atendendo prioritariamente a fins lucrativos, sendo praticada quase que exclusivamente por elementos do sexo masculino (GEOVANINI et al., 2002; GERMANO, 2007).

As atribuições conferidas aos “enfermeiros” eram demasiadamente simplificadas, devido a falta de divulgação dos conhecimentos científicos, daquela época. Em geral, os cuidadores eram analfabetos. Outros mais educados orientavam-se por livros portugueses de medicina popular e enfermagem caseira (PAIXÃO, 1979; GERMANO, 2007).

O início da profissionalização de enfermagem no Brasil teve como cenário o Hospício Nacional de Alienados, na cidade do Rio de Janeiro. Com o objetivo de suprir a necessidade de cuidar dos alienados, Marechal Deodoro da Fonseca, por meio do Decreto 791, de 27 de setembro de 1890, cria a Escola de Enfermeiros e Enfermeiras, hoje Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, para preparar pessoas qualificadas para cuidar de doentes (MOREIRA; PORTO; OGUSSO, 2002).

A Escola de Enfermeiros e Enfermeiras orienta-se pelos modelos das Escolas de Sapetrière, na França. O referido Decreto definiu o currículo do curso e os critérios para o ingresso dos alunos. A duração mínima do curso era de dois anos. O perfil do aprendiz enfocava exclusivamente os aspectos básicos da assistência hospitalar, predominantemente curativa (GEOVANINI et al., 2002). O currículo incluía: noções de propedêutica clínica, anatomia, fisiologia, higiene hospitalar, curativos, cuidados especiais, tratamento por meio de banhos, além de administração e economia das enfermeiras (FERNANDES, 1990).

A pretensão da criação da escola era de formar profissionais enfermeiros sob o controle médico, dando continuidade à institucionalização da hegemonia médica, como elemento central da assistência de saúde, já que garantida pela regulamentação oficial do ensino de Medicina (PIRES, 1989).

Em 10 de novembro de 1922, instituiu-se, na cidade do Rio de Janeiro, a Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), por meio do Decreto nº 5.799/1922, hoje Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (GERMANO, 2003; SANTOS, 2003). A sua criação foi determinada pela necessidade de se formar recursos humanos, para propiciar a melhoria das condições de saúde da população, objetivando proteger o Rio de Janeiro das epidemias e endemias predominantes, na época (FONSECA, 2002).

A organização da Escola de Enfermagem Anna Nery foi realizada por enfermeiras norte-americanas, coordenadas pela enfermeira Ethel Parsons, comissionadas pelo governo

brasileiro, para implantar o modelo anglo-americano de enfermagem, na capital da República (BARREIRA, 1999).

A forma de organização reproduzia a filosofia da Fundação Rockefeller, pela ética religiosa do trabalho e da temperança e, pelo ideal universal da enfermagem, como serviços. Sua organização tinha uma inspiração paramilitar, e como fundamento o papel civilizador dos Estados Unidos, na Américas, em relação ao movimento sanitário e ao hospital moderno. Não obstante este viés etnocêntrico, e apesar do grande desassossego causado pela interrupção da enfermeira diplomada, na área da saúde e na sociedade do Rio de Janeiro, em dez anos (1921-1931), as atividades desse grupo produziram resultados fantásticos, referentes à implantação e reconhecimento de uma escola de alto padrão, à organização e a consolidação de um serviço de enfermeiras de saúde pública e de vários hospitais federais, entre eles o hospital São Francisco de Assis. Além disso, promoveu a visibilidade da figura da enfermeira diplomada, reforçando no imaginário coletivo a imagem da mulher economicamente emancipada (BARREIRA, 1999).

O curso da Escola de Enfermeiras, do DNSP, visava fornecer instrução teórica e prática, com duração de dois anos e quatro meses, tempo para ser possível ministrar as matérias estabelecidas (SANTOS, 2003).

A supervalorização de procedimentos de enfermagem e a ética religiosa não possibilitavam ao egresso/profissional enfermeiro a apreensão e a prática da integralidade, visto que lhe faltavam competências indispensáveis para tal, como: as político-gereciais, educacionais e de cuidado à saúde. Ao aprender a fazer, relacionado apenas a execução dos procedimentos e ao ensino tradicional, promoveu uma consciência ingênua e fácil de manipular.

Os modelos de currículos, apresentados pela Escola de Enfermeiros e Enfermeiras e pela Escola de Enfermagem Anna Nery, seguiam os currículos obrigatórios da época, que surgiram para atender questões sociais – cuidar de doentes mentais, substituir as irmãs de caridade nos hospitais, manter a formação sob o controle médico e/ou de políticas e minimizar os problemas de saúde pública visando os interesses econômicos do país a fim de manter o funcionamento dos portos e facilitação das exportações (SANTOS, 2003).

Segundo Freitas (1990), esse era o referencial para a formação do enfermeiro, na década de 1930: ênfase no ensino de disciplinas profissionais (Artes Domésticas, Nutrição, Dietética, Serviço Social, Medicina Clínica e Cirúrgica e disciplinas de caráter preventivo); relevância dos sentimentos de religiosidade, como condição primordial ao bom desempenho da profissão; caráter de obediência, abnegação, caridade como inerentes às qualidades do

enfermeiro; utilização do modelo médico de assistência na enfermagem, caracterizando-a como uma profissão de caráter estritamente técnico-manual.

Na década de 1930, o ensino de enfermagem buscou reproduzir de maneira acrítica o modelo biomédico de saúde. Destacou-se ainda o fazer centrado exclusivamente em procedimentos de enfermagem. As enfermeiras diplomadas pela Escola Anna Nery, logo após sua absorção pelo Serviço do Departamento Nacional, também foram inseridas nos Estados e no ensino das escolas de formação pessoal auxiliar, que iriam executar os cuidados e tarefas delegadas, de caráter manual, sob a sua supervisão. Dessa forma, atendiam às necessidades dos hospitais privados que buscavam gastar menos com a remuneração do trabalho (PIRES, 1989).

A composição heterogênea da enfermagem é sustentada pelo sistema de formação, e ao mesmo tempo, em que atende às necessidades do mercado, reforça a fragmentação da classe. A divisão de atribuições determinou aos auxiliares o cuidado direto, limitando os enfermeiros às funções administrativas e burocráticas (GEOVANINI et al., 2002).

Na década de 1940, a Escola de Enfermagem Anna Nery foi incorporada à Universidade do Brasil. A Lei nº 775, de 06 de agosto de 1949, controlou o aumento das escolas, e dispôs que a educação em enfermagem fosse centralizada nos centros universitários (GEOVANINI et al., 2002). Além disso, a lei institucionalizou os critérios e o tempo de formação dos auxiliares de enfermagem, estabelecidos em 18 meses (PAIXÃO, 1979). Como desdobramento instituiu-se a primeira mudança no currículo de enfermagem, para atender ao Decreto nº 27.426 de 14 de novembro de 1949 (GERMANO, 2003).

Neste modelo e no anterior, a formação em enfermagem era direcionada a um grupo de elite, pois eram mulheres que pertenciam às camadas sociais mais abastadas. O modelo era aliado aos interesses da classe dominante, dócil e servil aos médicos e ao Estado (PIRES, 1989), orientando-se no ensino o modelo de Taylor que priorizava o desempenho de técnicas e a divisão do processo de trabalho (SANTOS, 2003). O perfil dos enfermeiros seguia o modelo biologicista, centrando-se no hospital, e priorizando a atenção curativa e especializada. O modelo reproduzido pela enfermagem supervalorizava o desempenho de técnicas e a divisão do trabalho centrada na atenção curativa. Diante disso o cuidado tornava-se cada vez mais fragmentado e, conseqüentemente, longe do ideal da integralidade.

O perfil dos profissionais de enfermagem reproduzia as mudanças do contexto político, econômico e histórico. Geovanini et al. (2002) destacam que a reorganização da previdência social, iniciada em 1950, reforçava a política de saúde médico-hospitalar em detrimento com a saúde pública.

Até esse período o saber de enfermagem, produzido e refletido na prática, era o de técnicas de enfermagem conhecidas como cuidado de enfermagem. As técnicas foram as primeiras expressões organizadas e sistematizadas, e consistiam na descrição passo a passo do procedimento de enfermagem executado (ALMEIDA; ROCHA, 1986).

Segundo Waldow (2001, p. 54) “a idolatria pela técnica tornou a enfermagem bastante eficiente, porém menos humana, ou seja, o cuidado técnico passou a prevalecer. Assim, atividades relativas ao tratamento e à cura deixaram o cuidado humano menos visível.”

A partir da década de 1950, surge a preocupação, com a introdução dos princípios científicos, buscando uma fundamentação, para as técnicas de enfermagem. Enfatizavam-se, principalmente, as ciências naturais (Anatomia, Microbiologia, Fisiologia e Patologia), embora houvesse uma preocupação geral e impessoal com as ciências sociais. A enfermagem buscava a cientificidade no saber da medicina e, conseqüentemente, sua autoridade (ALMEIDA; ROCHA, 1986).

Algumas teóricas abordavam a idéia de assistir (ou ajudar) o indivíduo como um todo (aspectos biológicos, psico-sociais e espirituais), e advogavam a independência da enfermagem em relação à medicina (devido à exagerada objetivação do paciente). Apesar disso, a maioria das teorias enfatizava os aspectos biomédicos (adaptação, homeostasia e necessidades básicas). Muitas teorias, embora inspiradas no positivismo, consideravam-se holísticas (WALDOW, 2001).

Nesse contexto, surgiu a Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961, que dispôs acerca das Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Todo processo sofreu mudanças, passando os assuntos relacionados ao ensino superior à competência exclusiva do Conselho Federal de Educação. Os currículos foram redefinidos, e os agentes do processo de formação reproduziram as disposições do Estado (FERNANDES, 2006).

O Conselho Federal de Educação determinou o currículo mínimo para o Curso de Graduação em Enfermagem, regulamentado pelo Parecer nº 271, de 19 de outubro de 1962, que privilegiava sobremaneira a área curativa (GERMANO, 2003). Estabelecia-se um curso geral e duas alternativas para habilitação. O currículo era dado em três anos e a especialização em mais um ano. As opções de especialização eram: Enfermagem em Saúde Pública ou Enfermagem em Obstetrícia (SANTOS, 2003).

Esse parecer levou a modificações importantes no currículo, sendo excluídas as disciplinas obrigatórias das áreas de saúde pública e das ciências sociais do tronco profissional, além da diminuição de até 50% nos períodos de prática. Favorecia a visão do ser humano como ser biológico, atendendo às exigências do mercado de trabalho que, à época,

valorizava a assistência ao ser humano doente, o desenvolvimento de técnicas e a dimensão administrativa (FREITAS, 1990; FERNANDES, 2006).

A ideologia da enfermagem reproduzia a lógica do capital e do modelo médico de saúde centrado no individualismo, na especialização, na tecnificação do ato médico, na medicina curativa e na concentração de recurso.

A Lei nº 5.540, de 28 de novembro de 1968, promoveu a Reforma Universitária, inclusive na enfermagem. É iniciado o estímulo ao ensino acadêmico da profissão, através de cursos de especialização, mestrado e doutorado. Destacamos que este processo de construção do corpo de conhecimento da enfermagem também sofreu influência da produção teórica de Wanda de Aguiar Horta que expõe seus trabalhos, no início da década de 1970, em eventos científicos. A sua construção de conceitos, teoria e processos de enfermagem foi agrupada no livro “Processo de Enfermagem” em 1979, e sua Teoria das Necessidades Humanas Básicas (ALMEIDA; ROCHA, 1986).

Nesse momento histórico foram promulgadas novas leis educacionais, para a enfermagem, que reproduziram e fortaleceram o modelo biomédico. O perfil do enfermeiro, disposto no Parecer nº 163, de 27 de janeiro de 1972 e na Resolução nº 4, de 25 de fevereiro de 1972, baseava-se no modelo biomédico, tecnicista e hospitalocêntrico, com destaque para a especialização. Esse modelo foi disposto nesse contexto de repressão política-ideológica, decorrente do Golpe do Estado, e o ensino marcado por uma vertente autoritária e tecnicista, dificultando o debate dentro de uma visão crítica da realidade social do país e das políticas de saúde, adotadas pelo governo brasileiro (GERMANO, 2003).

O curso de graduação em enfermagem ficou assim constituído: uma parte pré-profissional, com muitas matérias comuns aos cursos da área das ciências da saúde (Biologia, Ciências Fisiológicas e Patologia, além das disciplinas Ciências do Comportamento e Introdução à Saúde Pública); uma segunda parte chamada de tronco profissional (Introdução à Enfermagem, Enfermagem médico-cirúrgica, Enfermagem Materno-Infantil, Enfermagem Psiquiátrica, Enfermagem em Doenças Transmissíveis, Exercício da Enfermagem, Didática Aplicada à Enfermagem e Administração Aplicada à Enfermagem); e uma terceira parte opcional, referente às habilitações (Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermagem Obstétrica e Enfermagem em Saúde Pública) (FREITAS, 1990).

A década de 1980 foi um período de transição com o advento da redemocratização do país, acontecendo intensos debates e lutas da sociedade organizada e dos movimentos populares em busca de seus direitos sociais. Esse processo crítico e reflexivo repercutiu também na categoria de enfermagem. Segundo Pires (1989) a partir desse momento histórico

desenvolveu-se, na profissão de enfermagem, um movimento de questionamento da prática profissional dentro de um referencial crítico que se reproduziu na pesquisa, e em algumas áreas de ensino, e na mobilização pela disputa das direções das entidades de classe da categoria.

Destaca-se, nesse período, o início de intenso debate quanto à reformulação do Parecer nº 163/1972. Estas discussões foram ampliadas, entre 1987 e 1988, ocorrendo seminários nas diferentes regiões do país, congregando opiniões dos enfermeiros docentes e assistenciais. Esses seminários foram promovidos pela Comissão de Especialistas em Enfermagem, pelas seções da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) e pelos Cursos de Enfermagem, elaborando-se uma proposta formal de alteração do currículo mínimo (SANTOS, 2003).

A Lei nº 7.498/1986 e o Decreto nº 94.406/1987, que regulamentam o exercício profissional do enfermeiro, impulsionaram e estimularam as discussões dos seminários regionais de currículo. Segundo Santos (2003), todos esses movimentos conduziram a uma nova percepção na formação dos enfermeiros, sendo necessária a revisão do currículo. Era unânime que a legislação que estabelecia o currículo mínimo de enfermagem, em vigor em 1942, não permitia a adequação do processo de formação às transformações da profissão, da área de saúde, do ensino, do mercado de trabalho, e, principalmente, das necessidades e demandas de saúde da população brasileira expressas pelas mudanças, no seu perfil demográfico-epidemiológico.

Outros movimentos, na saúde e educação brasileiras, desafiaram e exigiram o repensar da prática profissional, destacaram-se: a promulgação da Constituição Federal de 1988, a criação do Sistema Único de Saúde, a aprovação da Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.080/90) e a Lei de Diretrizes e Bases (LDB) da Educação Nacional de 1996.

A LDB da Educação Nacional nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, abriu espaços para a flexibilização dos currículos do ensino superior, a expansão de cursos e vagas, além de direcionar a construção das diretrizes curriculares, para cada curso de graduação.

Além dos setores da saúde e da educação, representados pelo MS e MEC, a formação dos integrantes da equipe de enfermagem tem sido objeto de atenção e empenho da Associação Brasileira de Enfermagem, que segundo Santos (2003), após longo período de ação e reflexão voltado à formulação dos currículos, e realizando várias oficinas e seminários regionais e nacionais, juntamente com outras entidades da classe e escolas de enfermagem do país, apresentou e discutiu, de forma participativa, uma proposta curricular que foi encaminhada ao MEC, sendo aprovada pela Portaria nº 1.721, de 15 de dezembro de 1994. Estabeleceu-se, desta forma, um novo currículo para o Curso de Graduação em Enfermagem,

o qual entrou em vigência um ano após a sua publicação. A portaria nº 1.721/1994 reestrutura o currículo mínimo em quatro áreas temáticas (Bases Biológicas e Sociais da Enfermagem; Fundamentos de Enfermagem; Assistência de Enfermagem e Administração em Enfermagem), determinando proporcionalidade entre elas (GABRIELLI, 2004).

Tal medida trouxe algumas insatisfações aos enfermeiros, devido principalmente à falta de disciplinas na área da educação, o que direcionou as escolas de enfermagem a contemplá-las no currículo pleno (GERMANO, 2003; FERNANDES, 2006).

Apesar das fragilidades contidas na proposta, percebemos muitos ganhos. Em primeiro lugar constatamos que houve amplo processo de discussão na formulação da proposta, envolvendo docentes, estudantes, enfermeiros e demais segmentos interessados. Nesse sentido, se distancia diametralmente das anteriores reformas dos currículos. Em segundo lugar o fato de ter sido construído coletivamente gerou expectativa e compromisso, entre seus atores, no sentido de seguir todos os desdobramentos de um Projeto Político Pedagógico assim concebido. Isso implica, em avaliá-lo em todas as dimensões (GERMANO, 2003).

A partir da LDB, concretizou-se o Parecer nº 1.113, de 7 de agosto de 2001, que reforçou a necessidade de articulação entre o ensino superior e a saúde, buscando enfatizar a promoção, a prevenção, a recuperação e a reabilitação (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001).

Recentemente outra reformulação foi implementada no ensino de graduação de enfermagem, por meio da Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001, que instituiu as Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem, as quais deliberam que a formação do enfermeiro tem por objetivo possibilitar ao profissional os conhecimentos requeridos para o exercício, respondendo às especificidades regionais de saúde através de intervenções planejadas estrategicamente, nos níveis de promoção, prevenção e reabilitação, prestando atenção integral à saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades. Estabelece que a formação do enfermeiro deva atender às necessidades sociais da saúde, enfatizando o SUS e a necessidade de assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001).

Apesar dos avanços impulsionados pela construção coletiva das diretrizes curriculares, ainda é evidente a hegemonia do modelo newtoniano-cartesiano. De acordo com Freitas (2002), sob este paradigma estabeleceu-se um modelo predominante de assistência e investigação do ser humano, que concebe a vida, a saúde, a doença e a morte, pelo paradigma cartesiano, valorizando o isolamento e a classificação de seus constituintes fundamentais, a linearidade, a causalidade, o determinismo e a neutralidade científica, mantendo afastados os

aspectos sociais, culturais, afetivos, emocionais, e todos os que forem considerados não-objetivos e não-rationais, diante de fundamentos e métodos. Esse modelo contribui para que a abordagem do ser humano seja restrita ao corpo, como sede dos fenômenos de saúde e doença, sob o ponto de vista das especialidades e subespecialidades, fundamentado numa abordagem fragmentada e parcial do processo saúde e doença.

O paradigma biomédico também influenciou sobremaneira o modelo pedagógico de ensino, na área de saúde. Existe um consenso, entre os críticos de educação, que o modelo pedagógico hegemônico é centrado em conteúdos, organizado de forma compartimentada e isolada, provocando a fragmentação dos indivíduos em especialidades da clínica, dissociando os conhecimentos das áreas básicas e clínicas, centrando as oportunidades de aprendizagem na clínica, no hospital universitário, adotando sistemas de avaliação cognitiva por acumulação de informação técnico-científica padronizada, incentivando a especialização precoce, e perpetuando modelos tradicionais da prática, em saúde (BRASIL, 2004b).

Apesar dos desvios e dificuldades, não podemos perder de vista que a educação possui uma finalidade, uma razão de ser, que tem a ver com os valores vigentes e reguladores da sociedade. Luckesi (1994) acrescenta que ela não se manifesta como um fim em si mesma, mas sim como instrumento de manutenção ou transformação social. Para tanto, a educação necessita de pressupostos, conceitos fundamentais e orientadores.

A saúde nessa nova visão é considerada como um processo histórico e social, onde o foco da intervenção não mais se centraliza, exclusivamente, no comportamento individual, mas procura contemplar os próprios determinantes do processo saúde/doença. Neste sentido, as práticas educativas possuem como perspectiva contribuir para mudar a própria sociedade, ampliando a percepção das causas políticas e sociais dos problemas de saúde, no sentido de elaborar propostas de solução.

2 METODOLOGIA

Toda pesquisa científica demanda um procedimento mais amplo, ou seja, uma maneira, um caminho, um método, para que se possa desenvolver o estudo. Assim, Minayo (2004) define a metodologia científica como um caminho do pensamento e da prática, exercida nas concepções teóricas de abordagem, no conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade e no potencial criativo do investigador.

Segundo Leopardi et al. (2001) o método é o caminho pelo qual se chega à meta, sendo a essência da descoberta e do fazer científico e representa o aspecto formal da pesquisa, o plano pelo qual se põe em destaque às articulações entre os meios e os fins, por meio de uma ordenação lógica de procedimentos.

2.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de natureza descritiva, com abordagem qualitativa, no qual será pesquisado um grupo específico baseado nas suas experiências práticas, suas características e expectativas. Gil (2007) afirma que as pesquisas descritivas são, juntamente com as exploratórias, as que habitualmente realizam os pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática.

A pesquisa descritiva é um levantamento das características conhecidas ou componentes do fato, fenômeno ou problema. Normalmente, é feita na forma de levantamento de dados ou observações sistemáticas. Portanto, o estudo descritivo pretende descrever com exatidão os fatos ou fenômenos de determinada realidade e exige do pesquisador uma série de informações sobre o que deseja estudar, uma precisa delimitação de técnicas, modelos e teorias que orientarão a coleta e interpretação de dados (LEOPARDI et al., 2001, p. 139).

Encontramos na abordagem metodológica qualitativa o caminho para desenvolver este estudo, na medida em que tal perspectiva permite a apreensão da complexidade presente na temática em estudo, visto que construir a integralidade do cuidado na formação implica assumir o agir em saúde como princípio educativo em uma nova forma de aprender-ensinar em saúde, que rompe com o saber formatado e descontextualizado.

A abordagem qualitativa visa a estabelecer uma ligação do problema com o meio em que ela ocorre, ao mesmo tempo em que permite um “mergulho” na realidade de um grupo

social, além de responder a questões muito particulares. Ela se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem se reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2004).

Essa abordagem permite olhar o objeto deste estudo com fundamento que exige incorporar o significado e a intencionalidade dos atos, das relações e das estruturas sociais, apostando que o processo de formação da enfermeira, a partir do cotidiano de cada professor e de cada estudante, pode estar embasado por uma prática de assistência à saúde, marcada por uma relação acolhedora, com compromisso e responsabilização pela saúde dos usuários e desenvolvimento da autonomia destes, elementos essenciais ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

2.2 Cenário da pesquisa

Esta pesquisa teve como cenário de pesquisa as Instituições Públicas de Ensino Superior do Estado do Rio de Janeiro que oferecem o Curso de Graduação em Enfermagem.

No momento, existem quatro Cursos de Enfermagem em instituições públicas, reconhecidos pelo MEC, sendo respectivamente: Universidade Federal Fluminense (UFF), Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

A escolha destes cenários de estudo justifica-se pelo processo de transformação curricular que essas universidades vêm sofrendo ao longo dos anos que busca a articulação entre as práticas pedagógicas e práticas de saúde com o intuito de avançar em direção à implementação dos princípios e diretrizes do SUS na atenção à saúde tendo como eixo norteador a integralidade do cuidado.

2.3 Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos da pesquisa foram dezessete professores que integram o corpo docente da disciplina de Saúde da Mulher em Enfermagem das quatro Instituições Públicas do Estado do

Rio de Janeiro. Participaram desta pesquisa, de forma voluntária tendo a opção de se excluir quando lhes conviessem, sem nenhum prejuízo, os docentes da área de Saúde da Mulher que atenderam aos seguintes critérios de elegibilidade: fazer parte do quadro permanente da instituição; estar no exercício da docência na ocasião da coleta de dados; e ter experiência na educação em enfermagem há pelo menos dois anos.

Estes não tiveram gastos com a pesquisa, pois esta foi custeada pelo pesquisador que foi sempre até o docente a ser entrevistado, em dias e horários marcados pelo mesmo.

Para melhor aprofundamento do estudo e da análise, consideramos relevante apresentar a caracterização dos docentes entrevistados quanto à faixa etária, sexo, titulação acadêmica e tempo de experiência profissional como docente.

No momento da entrevista, coletamos os dados de identificação dos dezessete docentes da área de saúde da mulher. Catorze dos sujeitos da pesquisa são do sexo feminino e somente três do sexo masculino e a maioria com idade entre 40 e 59 anos. A experiência profissional variou de 10 a 20 anos. Levando-se em consideração a titulação acadêmica encontramos onze docentes com doutorado e seis com mestrado.

2.4 Coleta de dados

Para coleta dos dados utilizamos a técnica da entrevista junto aos docentes das quatro Instituições Públicas de Ensino Superior, particularmente dos Cursos de Graduação em Enfermagem – Área da Saúde da Mulher.

Optamos pela entrevista semi-estruturada (APÊNDICE B) como técnica de pesquisa, por possibilitar a introdução de certos questionamentos básicos e até aprofundar outras questões que surgirem no transcorrer da entrevista. Assim, ao mesmo tempo em que estive presente como pesquisadora, foi permitido aos participantes a liberdade de expressão e espontaneidade que enriquecem a pesquisa.

Para Gil (2007), a entrevista é a técnica de interrogação que apresenta a maior flexibilidade, podendo incorporar as mais diversas formas e o entrevistador guia-se por uma folha onde contém um roteiro de questões.

Segundo Minayo (2004), no sentido estrito, entrevista é a colheita de informações sobre determinado tema científico. É uma conversa a dois, feita por iniciativa do entrevistador, destinada a fornecer informações pertinentes a um dado objeto; permite

expressões de cunho subjetivo e refere-se diretamente ao indivíduo entrevistado, isto é, as suas atitudes, valores e opiniões, entendendo-se que estes dados só poderão ser obtidos e utilizados com o consentimento dos envolvidos no estudo.

De acordo com a autora, este tipo de roteiro contém perguntas abertas e fechadas onde o entrevistado discorre sobre o tema proposto, sem respostas ou condições estabelecidas pelo pesquisador (MINAYO, 2004).

Esta pesquisa foi realizada de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que predispõe sobre a pesquisa com seres humanos e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Segundo esta resolução pesquisa é uma classe de atividades cujo objetivo é desenvolver ou contribuir para o conhecimento generalizável. O conhecimento generalizável consiste em teorias, relações ou princípios ou no acúmulo de informações sobre as quais estão baseados, que possam ser corroborados por métodos científicos aceitos de observação e inferência (BRASIL, 1996).

Cabe destacar que esta pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética e Pesquisa (COEP) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, tendo sido aprovada sob o nº 059.3.2009, segundo as normas éticas vigentes no país para pesquisa envolvendo sujeitos humanos. O instrumento foi alvo de avaliação prévia através de teste piloto com uma das enfermeiras docentes com o intuito de aperfeiçoar o roteiro elaborado.

Para preservar o anonimato de suas falas, cada enfermeiro recebeu o nome de Entrevistado 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 e 17.

As entrevistas tiveram duração média de 30 minutos e foram gravadas em um MP5, mediante consentimento prévio dos depoentes expresso pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

As impressões e os fatos considerados relevantes foram anotados pelo pesquisador em um diário de campo onde foram registrados o momento da chegada a universidade, a movimentação, a postura do enfermeiro a ser entrevistado, suas ações, atitudes e comportamentos.

2.5 Análise dos dados

Os dados obtidos nas entrevistas foram tratados através da técnica de análise de conteúdo que, comumente é utilizada nos dados de uma pesquisa qualitativa com o objetivo de atingir uma interpretação sobre a significação.

Bardin (2009) define a análise de conteúdo como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a interferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2009, p.42).

O uso da análise de conteúdo na pesquisa qualitativa tem como objetivo ultrapassar o conteúdo meramente descritivo da mensagem e o nível do senso comum, e atingir uma interpretação mais profunda, particularmente sobre a significação. A técnica utilizada para a realização da análise de conteúdo é a análise temática, na qual se separa o texto em unidades de significação.

Para Minayo (2004), para fazer uma análise temática é preciso descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação cuja presença ou frequência signifiquem algo para o objetivo visado.

Operacionalmente a análise temática desdobra-se em três etapas:

- a) Pré-Análise – frente ao material coletado é feita a escolha dos documentos a serem analisados, são retomados os objetivos iniciais da pesquisa, e feita uma elaboração de indicadores que orientem a interpretação final.
- b) Exploração do Material – é feita a significação. Primeiro são recortados do texto as unidades de registro que podem ser uma palavra, uma frase ou um acontecimento. Num segundo momento essas unidades são quantificadas através de índices e em seguida, é feita a classificação desses dados, agregando-os em categorias teóricas ou empíricas que comandarão a especificação dos temas.
- c) Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretados – por último, essas unidades de significação serão analisadas de acordo com a revisão de literatura encontrada nesta pesquisa.

Para a análise dos dados houve a organização do material com a transcrição e disposição dos discursos em quadros, leitura exaustiva dos discursos para apreender as idéias centrais e, após o estabelecimento das idéias centrais, leitura vertical atravessando as respostas de cada participante e, horizontal, confrontando os diferentes participantes por idéias centrais. A aproximação das idéias centrais semelhantes deu origem aos temas, e do agrupamento do temas recorrentes emergiram quatro categorias.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir do desenvolvimento da análise dos dados obtidos emergiram as seguintes categorias: Concepções de integralidade no cuidado à saúde da mulher; Integralidade do cuidado no ensino da saúde da mulher; Estratégias utilizadas para inserir a integralidade no ensino de enfermagem na saúde da mulher; Dificuldades para implantar a integralidade no cuidado à saúde da mulher.

3.1 Categoria 1 - Concepções de integralidade no cuidado à saúde da mulher

Ao começar a investigar os significados atribuídos pelos enfermeiras (os) docentes acerca da integralidade no cuidado à saúde da mulher, percebemos uma preocupação constante em assistir essa mulher em todo o seu ciclo vital e não apenas no seu ciclo gravídico-puerperal, como também a considerando dentro do seu contexto social, político, econômico e cultural.

Nesse sentido, desafios ainda são encontrados quando olhamos para a organização dos serviços de saúde na perspectiva de atenção integral. Produzir cuidados de saúde para a mulher como um todo, na expressão de suas necessidades e problemas, independente da fase do ciclo vital, é considerar uma lógica de ação que nos direcione a aprender as necessidades individuais e coletivas das mulheres em seu contexto social, político, econômico e cultural.

Entendemos que o cuidado no campo da saúde é a sua própria razão de ser. É o meio e o fim das ações desenvolvidas pelos profissionais que atuam nesse campo. Por isso, podemos utilizar o cuidado como uma categoria analítica para interrogar os modos como são produzidas as ações de saúde e organizadas as instituições responsáveis por essa produção.

Para isso, é mister construir articulações teórico-práticas capazes de refletir sobre a necessária reintegração do agir e pensar na produção do cuidado à saúde da mulher tendo como eixo norteador as questões da integralidade do cuidado. Nesse sentido, propomos a integralidade como dispositivo institucional, portador de valores éticos-políticos, que têm no cuidado sua maior expressão como atividade humana. Daí surge um questionamento subjacente a essa argumentação, que diz respeito à concreta capacidade que temos, como sujeitos políticos que somos, de pensarmos sobre nossas próprias ações.

As políticas de atenção à saúde da mulher formuladas nacionalmente através de amplas e complexas discussões trouxeram contribuições imprescindíveis para o processo de transformação sobre o paradigma da saúde da mulher. Apesar dos avanços extraordinários, esse processo é dinâmico e acompanha a transformação da sociedade.

Como podemos verificar nos fragmentos das falas abaixo existe uma preocupação em relacionar a assistência de enfermagem na saúde da mulher com as suas condições de vida aliadas ao seu contexto social, político, econômico e cultural.

Integralidade é entender a realidade sócio-cultural que ela se encontra, quais são as construções sobre a vida dela, do seu cotidiano, do processo social, das políticas envolvidas. É compreendê-la dentro do seu contexto familiar com os determinantes sociais. (2)

Integralidade é assistir, ter um cuidado dessa mulher em todo o seu ciclo vital. (1)

A integralidade implica na integração, vamos dizer assim, desculpe a redundância, mas integrar a mãe não somente como serviço de saúde, como também a família e a sociedade onde ela mora, [...] a nossa visão se ampliou mais a partir do momento em que o cuidado não é só a doença, mas sim todas as necessidades daquela mulher. (3)

As concepções de integralidade são formuladas tendo por base sua interface com o cuidado. As falas demonstram que a integralidade é sustentada por um cuidado multidimensional, que abranja os diversos contextos de vida e fases da vida da mulher.

A idéia de cuidado vem muito associada a uma ação integral, com significados e sentidos que compreendem a saúde como “direito de ser”. É atender as mulheres em seu sofrimento com respeito e acolhida, sem perder de vista sua fragilidade, também social. Requer a aceitação do outro como sujeito e um mover-se no sentido da construção da saúde como projeto de cidadania (PINHEIRO; GUIZARDI, 2006).

Assim o cuidado torna o mundo social seguro, evitando o isolamento e prevenindo a agressão, pois aposta na comunicação e na solução não violenta dos conflitos. É uma proposta ética que não se resume à enunciação de regras; antes seu ideal consiste numa atividade de relacionamento, de perceber e responder às necessidades, de tomar conta do mundo por meio da ativação da teia de interconexões que o faz e mantém a vida de modo que ninguém seja deixado sozinho. Essa teia de relações sociais é complexa; flui historicamente com lógicas distintas, específicas e permeadas de contradições, incoerências, harmonias e desequilíbrios (LUZ, 2004).

No final da década de 1960, mais precisamente em 1970, as investigações sociológicas, na área da saúde, na América Latina, começaram a investigar as relações sociais entre a área de saúde e a estrutura social, buscando respostas à crise, deste setor, nas sociedades capitalistas (ALMEIDA, 1985).

Na Enfermagem, a partir de 1979, verifica-se a utilização de concepções filosóficas mais abrangentes, que procuravam compreender os conflitos e as contradições no interior do seu trabalho, e na saúde articulada com outras práticas sociais (ALMEIDA, 1985; GUIMARÃES; MIRANDA, 2002).

Guimarães e Miranda (2002) apresentam como marco histórico, deste conhecimento, o trabalho de Oliveira (1979), que expôs a trajetória da prática de enfermagem, no campo hospitalar e de saúde pública, exortando mudanças nas práticas de saúde e na formação dos enfermeiros.

O posicionamento crítico e reflexivo da enfermagem ocorreu em um contexto histórico, no qual se buscava o entendimento dos determinantes sociais do processo saúde-doença, das práticas e saberes, das relações, articulações econômicas, sociais e políticas (GUIMARÃES; MIRANDA, 2002). Segundo Germano (2003) essas reflexões fazem parte do ideário da Reforma Sanitária, durante o movimento de redemocratização do Brasil, a partir da década de 1980. Almeida (2003) acrescenta que se formalizou, neste contexto social, um conceito ampliado de saúde e mecanismos de participação e controle social.

Movimentos contra-hegemônicos na área de saúde da mulher, como por exemplo o movimento feminista no Brasil, estimularam as mudanças, na prática do ensino de enfermagem, promovendo discussões acerca da adequação do processo de formação às necessidades e demandas de saúde na sociedade feminina. Diante disso, os profissionais de saúde são chamados a estabelecer novas relações, com o contexto social, reconhecendo a estrutura, as suas formas de organização, transformações e expressões, intervindo junto aos problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes, e identificando as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes (BRASIL, 2001). Trata-se de enunciar a educação da saúde da mulher como potencial movimento de inovação e produção de novas práticas sociais, cuja nova síntese seja o ensino da integralidade na educação dos futuros profissionais de enfermagem.

Faz-se necessário destacar que a organização da educação é uma das dimensões da formação em saúde e não pode estar dissociada das demais. A acessibilidade das mulheres às ações e serviços de saúde, a qualidade do acolhimento, a responsabilidade com que as equipes estabelecem o assistir ou se referem às populações usuárias e os procedimentos pedagógicos adotados para ampliar a autodeterminação das pessoas no cuidar de si e construir ativamente sentidos à sua saúde devem ser matéria de debate durante sua formação profissional.

Para isso, a mulher também deve ter garantido, como qualquer cidadão, o direito de expressar seus pensamentos, manifestar sua participação política, gerar autonomia e usufruir

dos direitos sociais que lhe cabem, os quais devem protegê-la contra as diversas expressões de violência de gênero e de sexo, além de garantir seu atendimento com respeito e humanidade valorizando-a além do seu ciclo gravídico-puerperal.

Infelizmente, a atenção à saúde da mulher, na história das políticas públicas no Brasil e no mundo, tem sido reduzida, em grande parte, aos parâmetros materno-infantil e, mesmo assim, frequentemente relegada a segundo plano.

Podemos destacar que a saúde da mulher no Brasil, foi incorporada as políticas nacionais de saúde na primeiras décadas do século XX. Nos anos 30, 50 e 70 os programas materno-infantis tinham uma visão limitada sobre a mulher, com base apenas em sua característica biológica sendo o seu papel social de mãe e do lar. Podemos citar como exemplo o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, elaborado em 1974 (TYRRELL; SOUZA; SOUZA, 2010).

Nesse período, o compromisso desses programas limitava-se as demandas relativas a gravidez e ao parto, mas com interesse específico na criança. Algumas análises demonstram ainda a preconização desses programas às ações materno-infantis como estratégia de proteção aos grupos de risco e de maior vulnerabilidade, como era o caso de crianças e gestantes.

Uma outra característica observada era a verticalidade e a falta de integração com outros programas, resultando assim, em uma assistência fragmentada. O movimento feminista criticou esses programas por conta da forma reducionista com que tratavam a mulher, que só tinha acesso a alguns cuidados de saúde no ciclo gravídico-puerperal, ficando a maior parte da vida sem assistência.

Assim, tornou-se urgente a necessidade de elaboração de políticas públicas que atendessem a mulher em todos os aspectos e não apenas no aspecto reprodutivo. Com a crescente consolidação das ações de promoção de saúde, o cenário mundial vem sendo transformado e uma ênfase é dada à visão integral dos indivíduos. Nos discursos dos enfermeiros abaixo podemos constatar essas mudanças:

Foi necessária no sentido de que a mulher não fosse apenas um objeto do cuidar na reprodução, no pré-natal, no parto e no puerpério. (4)

A integralidade não é só no sentido de acompanhar o ciclo vital. (11)

Integralidade significa articular em outras áreas esses programas de forma isolada, isso também seguindo uma política estatal. (8)

[...] não se restringe só no ciclo vital. (10)

As diretrizes curriculares nacionais para as profissões de saúde de forma geral, aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação e homologadas pelo MEC, remetem à necessidade de mudança rumo à formação profissional. Constata-se a necessidade de se voltar para os sentidos, os valores e os significados do que se faz e para quem se dirige nossa ação. As questões de natureza ética e humana, relativas à formação, têm sido preteridas na sala de aula, não sendo articuladas metodologias de ensino que instiguem o aluno a participar, construir implicação e assumir responsabilidade no seu processo de formação.

É preciso superar definitivamente, via formação, que a clínica não carregue o sentido de ações individuais, e a prevenção e educação o sentido de ações coletivas, onde o acolhimento tenha o sentido de porta de entrada na pirâmide hierarquizada da racionalidade gerencial hegemônica. A clínica agrega práticas terapêuticas que envolvem proteção, educação, promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com base nos aspectos corporais, sentimentais, vivenciais, grupais e institucionais, onde existem ações individuais e coletivas. A porta de entrada do sistema de saúde é aquela em que um usuário se apresenta e o acolhimento deve estar em todas elas, não para apresentar-lhe uma pirâmide assistencial, mas para proporcionar-lhe inclusividade na rede de cuidados do sistema de saúde (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001).

A participação da universidade na rede de cuidados significa que em sua articulação com os serviços de saúde há de apresentar sinergia inerente ao seu modo de funcionamento e natureza de suas ações como uma concreta rede de serviços de saúde, com responsabilidades mútuas e ações pactuadas em torno dos interesses das mulheres e da sua coletividade. Ações estas que buscam a integralidade da atenção à saúde da mulher, cuja articulação com outros setores se coloca como importante dimensão a ser considerada.

Nesse sentido, os docentes entrevistados deixaram transparecer em suas falas a necessidade de uma articulação entre as políticas públicas de saúde e o cuidado oferecido à saúde da mulher na prática assistencial.

[...] se aplica também a integralidade em termos de articulação entre os diversos programas da saúde da mulher como propostas governamentais. (1)

[...] então a integralidade é no sentido não somente da concepção teórica de uma política estatal, mas também de uma política de oferta de um modelo integral de cuidados e também de modelo cidadão. (8)

De modo geral, podemos perceber um grande desafio no que diz respeito à formação profissional na área de saúde, mais precisamente na enfermagem, em relação a aplicabilidade dos programas de saúde da mulher à luz da integralidade do cuidado no cotidiano dos cenários

de aprendizagem onde ainda nos deparamos com um modelo pautado numa assistência fragmentada e individualizada.

Historicamente, os serviços eram articulados de forma que a mulher fosse fragmentada em partes, atendida por serviços diversos. Com a implantação do SUS, os princípios organizativos são definidos de forma a alcançar a integralidade na organização dos serviços e na atenção ofertada. Vale a pena ressaltar que a articulação entre os serviços não deve ficar restrita aos serviços de saúde, mas assegura uma atuação intersetorial, de forma a abranger as mais diferentes áreas que, de alguma maneira, possam ter repercussões na saúde dos indivíduos e das coletividades de forma geral.

Um grande desafio à aplicação prática da integralidade na saúde da mulher é a superação do modelo de atenção centralizador, reducionista e fragmentado ainda presente no nosso sistema de saúde.

Não obstante que o fato do princípio da integralidade demanda políticas públicas que extrapolam o campo de saúde (como moradia e o transporte), o exercício prático da integralidade já se apresenta de forma falha quando focamos em ações e serviços específicos da saúde. Segundo Machado et al. (2007), para que sejam superadas a desintegração e a competição entre órgãos gestores da saúde, que causam ineficiência nas ações, torna-se indispensável à constituição de redes regionais articuladas.

Isso somente pode ocorrer numa luta cotidiana dentro de serviços, em reuniões de gestores do SUS, nas arenas de negociação e pactuação, ou seja, pautando-se na importância do diálogo (MATTOS, 2006), que é o que possibilita a apreensão das necessidades de saúde destas mulheres.

Desta forma, observa-se a importância de visualizar essa mulher e as suas necessidades biopsicossociais considerando a diversidade e pluralidade, inerente a dinâmica social e aos movimentos dos sujeitos em nossa sociedade. Nesse contexto, os docentes entendem a integralidade no cuidado à saúde da mulher não somente como a aplicação das políticas públicas de saúde nos serviços de atendimento de modo geral, como também pensando nessa mulher inserida no seu contexto social, político, econômico e cultural objetivando assisti-la dentro das suas reais necessidades.

Entendendo ela dentro do contexto dela, da inserção onde ela está. (12)

[...] eu penso que a integralidade inicialmente é a partir das necessidades que essa mulher tem. (4)

Tem um papel social que ultrapassa as questões reprodutivas. (10)

Então o cuidado, a assistência de saúde a essa mulher, tem que ser um cuidado que responda as necessidades dela, as expectativas, as características, a condição social, ao que ela faz, como ela pensa, quem ela é. (7)

É assistir a mulher nos seus aspectos bio-psico-sócio-espiritual. (3)

A reintegração da dimensão biopsicossocial ao ensino e às práticas de saúde, visando a construção do modelo biopsicossocial em contraposição ao modelo biomédico que se cristalizou nos últimos séculos, tem ganhado impulso a partir de contribuições que emergiam de diversas áreas do conhecimento, particularmente a partir do século XX (CECCIM; MATTOS; PINHEIRO, 2006).

Para isso, a perspectiva que tem como referência o modelo biopsicossocial tem-se afirmado progressivamente. Ela proporciona uma visão integral do ser e do adoecer que compreende as dimensões física, psicológica e social.

A preocupação essencial dos estudos é conhecer o ser humano, objeto fundamental do cuidar da enfermagem. Valorizam o conhecimento do ser como forma de contemplar a particularidade de suas necessidades de saúde, não se limitando a um único modelo, que enquadra todas as pessoas (FREITAS, 2002)

Neste sentido, as últimas décadas têm sido marcadas por transformações econômicas, socioculturais e políticas no Brasil, apontando para a necessidade de elaboração de novas posturas frente à vida. Uma das importantes discussões no campo da saúde tem como principal meta defender a vida tendo como princípio básico a garantia dos direitos à cidadania, destacando o resgate da dimensão total do ser humano, com seus aspectos biológicos, sociais, psicológicos e espirituais. Estes valores devem fazer parte dos ideais da enfermagem, contudo, defendemos que as contradições, as lutas de poder e as ideologias, presentes no contexto da profissão, sejam igualmente discutidas, em uma visão de totalidade.

No entanto, os sujeitos do estudo revelaram, nos seus discursos, não participar do planejamento das ações de saúde no serviço em que atuam com os discentes, cumprindo ordens da instituição, no entanto, se mostrando sensíveis às questões da vida das mulheres, mas com potencial de mobilização e resolução muito limitado entendendo, desta forma, a integralidade do cuidado como algo a ser alcançado.

Observou-se nas falas dos docentes um obstáculo importante para a proposta da integralidade no cuidado à saúde da mulher relacionado à existência de um modelo teórico-conceitual no sistema de saúde ainda pautado numa perspectiva biologizante materno-infantil. Sabemos que os problemas de saúde surgem articulados a contextos sociais, culturais, econômicos, políticos que influenciam o processo saúde-doença e extrapolam o campo das

políticas exclusivamente de saúde, numa complexidade que impõe limites e uma multiplicidade de desafios.

Eu tenho campos que demonstram uma realidade que não é integral, ainda biomédica massificada. (4)

Ensiná-lo o que ele precisa saber de conteúdo específico de ginecologia, de obstetrícia. (12)

A área de saúde da mulher é muito abrangente e a gente dá um enfoque mais na ótica hospitalar, da mulher hospitalizada e o recém-nato. (10)

Há uma divisão muito da mulher no caso de obstetrícia e de ginecologia. (4)

Ainda nesse contexto, a integralidade é algo a ser alcançado nas práticas profissionais, segundo as falas das enfermeiras (os) docentes, no sentido de que existe uma preocupação com a organização das práticas em seus aspectos mais técnicos que se sobrepôs a reflexões e discussões das reais necessidades desta mulher, no entanto, as mesmas identificam essas fragilidades, mas não mobilizam seu potencial de organização coletiva para a mudança.

A integralidade na atenção à saúde é um pouco assim de [...] eu vou chamar utopia no sentido etimológico da palavra.. (4)

É algo a ser alcançado. É utópico, mas não é impossível. (14)

Eu acho que a integralidade ainda está muito longe do ideal que a gente gostaria que fosse. (9)

Os campos onde são realizados as práticas com os alunos nos restringe muito para oferecer uma prática assistencial pautada na integralidade, pois na maioria das vezes ainda nos deparamos fortemente com o modelo biomédico. (3)

Sabemos que a constituição da demanda em saúde surge de interações dos sujeitos, usuários, profissionais e gestores, na relação com a oferta nos serviços de saúde, em face de um determinado projeto político institucional. A integralidade no cuidado à saúde da mulher requer escuta, acolhimento, ações resolutivas que culminem com a humanização das práticas (MERHY, 2002). Ela permite iluminar as possibilidades de relações porque essas existem no cotidiano dos sujeitos nas instituições de saúde, onde diferentes saberes e práticas se interagem o tempo todo, é um termo plural, ético e democrático (BRASIL, 2004a).

Para isso, a integralidade no cuidado à saúde da mulher necessita de práticas de cuidados dirigidas a este grupo orientadas pelas especificidades femininas. Nesse sentido, faz-se necessário o redirecionamento dessas práticas na saúde da mulher de modo que os princípios norteadores das políticas públicas de saúde sejam alcançados.

3.2 Categoria 2 - Integralidade do cuidado no ensino da saúde da mulher

Nesta categoria foi possível compreender que a formação profissional vem acontecendo mais centrada no hospital como campo de aprendizagem, com práticas verticalizadas em profissões e disciplinas, levando-se à especialização precoce, dentre outros aspectos. As abordagens dos problemas e dos conteúdos são muitas vezes deslocados da realidade epidemiológica, e estão em função da crescente tecnologia que tem sido incorporada aos processos de diagnóstico e tratamento das doenças, com destaque ao cuidado individual em detrimento do coletivo.

A abordagem clássica do ensino na saúde é a transmissão de informação e o treinamento prático em procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Marca-se uma história do ensino centrada nos conteúdos biomédicos, uma história que organiza o conhecimento de forma compartimentada e fragmentada e que dicotomiza os indivíduos pelas especialidades da clínica (FAUSTINO; EGRY, 2002).

Deve ser como eu faço com meus alunos lá na assistência, a gente não vê a mulher só naquele período reprodutivo, a gente fala de outros assuntos com ela. (2)

Eu penso que essa articulação entre a teoria e a prática se dá, porém este cuidado se mostra nas instituições de ensino superior onde se tem especialização, mestrado e doutorado, porque eles levam o corpo docente a sua maior qualificação. (8)

[...] articular conhecimento das ciências básicas para a ciência aplicada na enfermagem voltada para a saúde da mulher. (14)

Nesse contexto evidencia-se a importância das políticas públicas da saúde da mulher no ensino de enfermagem, com especial destaque para as repercussões da reforma sanitária brasileira na pedagogia universitária. É aí que ganha ênfase a busca por evidenciar o sinergismo entre educação e saúde como fonte de vigor às necessárias transformações no ensino da saúde e seu potencial movimento de inovação e produção de novas práticas sociais na saúde da mulher. A síntese desta busca inclui o ensino da integralidade na educação dos profissionais de enfermagem e de saúde de forma geral (MATTOS, 2004b; PINHEIRO; MATTOS, 2003).

Foi possível verificar nos discursos das enfermeiras (os) docentes que a política atual de atenção à saúde da mulher propõe a incorporação do princípio da integralidade nas práticas

profissionais. Porém, as equipes multiprofissionais ainda detêm um saber pautado, sobretudo, em ações de caráter biológico dirigidas à saúde sexual e reprodutiva.

No entanto, os programas de atenção à saúde da mulher constituem um marco histórico importante dentro da proposta do SUS acerca do princípio da integralidade no cuidado. Esse movimento na área da saúde da mulher, tem se tornado alvo importante dentro das propostas governamentais gerando reflexos no processo de formação profissional.

Houve um movimento muito forte de integrar a política estatal, as propostas governamentais, as propostas pedagógicas seja no plano da reformulação curricular, seja no plano da oferta do projeto pedagógico e dos planos de estudo e dos programas curriculares e experiências curriculares. (8)

Eu vejo incipientemente nas grandes universidades que tem esses programas de atenção à saúde da mulher um grande movimento prospectivo para contemplar isso nas propostas curriculares. (7)

[...] questões que não são exclusivas da iniciativa individual do profissional, faz parte de um contexto, de um sistema, de uma conjuntura. (9)

Dessa forma, as instituições de ensino têm um desafio: construir propostas que abordem os problemas de saúde sob a perspectiva da integralidade, considerando a complexidade dos problemas das pessoas e da coletividade, o contexto em que vivem e trabalham, e formar profissionais que tenham competência para enfrentar os desafios do século XXI, construindo uma consciência crítica a respeito do contexto em que estão inseridos, conforme princípio do SUS (LUCHESE; VERA; PEREIRA, 2010).

E é nesse ambiente que se verificam as divergências entre os modelos biomédico e o proposto pelo SUS, mormente no que se refere à questão da saúde da mulher.

Após analisarmos os discursos das enfermeiras(os) docentes podemos perceber, através de suas falas, que na maioria das escolas superiores, a formação profissional ainda está pautada na concepção do processo saúde-doença, limitando-se a abordar a enfermidade, a cura e a atenção individual, que não capacita os estudantes para mobilizar os saberes na busca da integralidade no cuidado à saúde da mulher.

Eu tenho campos que demonstram uma realidade que não é integral, ainda biomédica massificada. (3)

Desenvolvendo os conceitos muito sólidos do que a gente quer. (12)

[...] o entendimento de que essa é uma postura política de privilégio da área de enfermagem obstétrica. Isso é uma tradição no Brasil há anos que vê a mulher sempre no período muito obstétrico. (5)

Ensiná-lo o que lê precisa saber de conteúdo específico de ginecologia, de obstetrícia. (10)

A área de Saúde da Mulher é muito abrangente a gente dá um enfoque mais na ótica hospitalar, da mulher hospitalizada e o recém-nato. (12)

Essa realidade ainda é encontrada na maioria dos cursos da área da saúde, não só da enfermagem (MORAES, 2004). Constatamos que mesmo tendo objetivos voltados para a integralidade do cuidado à saúde da mulher, há no desenvolvimento das ações de saúde predominância de conteúdos pautados no modelo tradicional biomédico, que valoriza mais as especialidades e os sinais e sintomas de uma doença.

Atualmente, em que os currículos de enfermagem encontram-se em adequação e atendimento às Diretrizes Curriculares, reconhecemos que as relações humanas são estabelecidas com base em valores ditados por uma sociedade de conhecimento e prática fragmentados, onde a formação acadêmica valoriza mais as especializações, dividindo o corpo, na maioria da vezes, não o vendo integralmente e nem relacionando-o com o ambiente, apesar dos discursos holísticos. Isto para a enfermagem é um consenso: “a graduação formará uma enfermeira generalista e não especialista”, conforme as disposições legais do ensino de enfermagem (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001).

Percebe-se, assim, a necessidade de uma reflexão crítica diante da realidade na formação profissional do enfermeiro para a integralidade da atenção à saúde, entendendo a abordagem da integralidade como eixo norteador para a formação e como premissa para um novo modo de ensinar, aprender e cuidar em saúde.

No que diz respeito à relação entre o conhecer e o aplicar os princípios ou a idéia da integralidade na saúde da mulher, identificaram-se, nos discursos dos participantes da pesquisa, relatos que remetem a necessidade de transformação das práticas profissionais, estruturando-se a partir da necessidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde desta mulher. Sabemos que esse é um desafio promissor no processo de formação profissional, tendo em vista a obtenção de um saber que desenvolva a capacidade de análise crítica dos contextos, que problematize os saberes e as práticas vigentes com o objetivo de contribuir nesse complexo processo de mudança da graduação pautado na integralidade da atenção à saúde da mulher (SAUPE, 1998; SILVA; SENA, 2003; REBOUÇAS, 2007).

Ele pode resgatar todo esse percurso do aluno e problematizar em cima do que é a mulher dentro da sociedade. (13)

Então nós temos que mostrar ao aluno o todo. As necessidades do todo e não só, por exemplo, focar a mulher numa intervenção. (14)

Se o professor souber problematizar em cima disso, como é que ele viu aquela mulher lá na comunidade grávida, se ele souber trazer eu acho que ele consegue tornar a disciplina, a subárea com muito mais potencialidade e fazer com que esse aluno reflita mais sobre esse cuidado da mulher, porque ele está vendo o específico dela, mas ele conhece em todos esses cenários. (2)

Nesse contexto, os participantes da pesquisa afirmam que a construção da integralidade do cuidado à saúde da mulher implica a superação do modelo de formação profissional pautado ainda na atenção curativa, reforçando a medicalização e o atendimento aos sintomas biológicos.

Para isso, faz-se necessário que o processo de formação profissional esteja embasado nos princípios e diretrizes do SUS, além de considerar as necessidades de saúde da população em seu aspecto mais amplo.

Então, devemos ensinar integralidade despertando no acadêmico, no especializando mesmo no mestrando esse cuidado integral nas diversas fases do ciclo, neste contexto social, como também fazendo com ele desperte como agente desse processo de cuidado. (3)

[...] um campo a ser criticado, uma crítica construtiva de ser discutida. (8)

Então nós temos que mostrar ao aluno o todo. As necessidades do todo e não só, por exemplo, focar a mulher numa intervenção. (9)

É você focar numa outra visão de mundo. Uma visão de mundo mais pautada nos direitos sexuais e reprodutivos e na autonomia feminina que está dentro dos direitos sexuais e aí sim passar a dar todas as diretrizes assistenciais. (11)

[...] mas principalmente essa questão do todo da mulher e de como tratá-la, de como abordá-la, de como fazer com que ela possa ser cuidada dentro da sua real necessidade incluindo o aspecto emocional, espiritual de qual é a real necessidade daquela mulher naquele momento. (6)

3.3 Categoria 3 - Estratégias utilizadas para inserir a integralidade no ensino de enfermagem na saúde da mulher

Articular conceitos, percepções e sensações para produzir saberes sobre as práticas de ensino orientadas pela integralidade requer assumir a postura crítica de reconhecer possibilidades que vão além da percepção da mulher apenas para os aspectos biológicos, sem interação com os aspectos emocionais, sociais e culturais. Nesse sentido, assumimos a integralidade nas práticas de ensino da saúde como um pensamento em ação, um processo de construção que envolve a si mesmo, o outro e os entornos; envolve conhecimentos formais e sensações e considera a produção e a transformação de saberes e práticas um campo de forças históricas (CARVALHO; CECCIM, 2006).

Dessa forma, a produção de conhecimento resultante dos saberes e das práticas do ensino da saúde, para a integralidade, requer a construção teórica contextualizada em movimentos capazes de forjar uma teoria viva que reflita, desde de sua própria constituição, a experiência concreta da vida que lhe dá origem e da vida que vai originar uma atividade prática, uma iniciativa da vontade, um movimento de transformação (CECCIM, 2005).

A análise dos dados permitiu evidenciar que, para os entrevistados, o processo educativo vem sofrendo importantes alterações nas formas de produção do conhecimento e da apropriação do saber nos dias atuais. Nesse novo contexto, a mudança curricular está nos alicerces da melhoria do processo ensino-aprendizagem visando indicar e viabilizar uma práxis educativa integrada à dinâmica cotidiana do indivíduo, possibilitando a ampliação de seus horizontes e a autonomia de pensar suas ações e escolhas, bem como o desenvolvimento da consciência crítico-reflexiva de si, do outro e do seu meio. Assim a idéia de integralidade configura-se como eixo horizontal no currículo.

A saúde da mulher para mim enquanto a integralidade das ações é um alimento horizontal do currículo, não é vertical. Se for horizontal, ela perpassa por todos de uma maneira ou de outra. (9)

Mas ela perpassa na área que se aborda, na maneira ou no momento em que se aborda a promoção, em que se aborda a prevenção, que se aborda recuperação e etc. (13)

E, além disso, eu quero dizer que não se trata de fazer uma disciplina, mas sim de integrar os conhecimentos, atualizar os alunos para além, para todas as disciplinas e para todas as práticas dessas experiências curriculares, das atividades curriculares. (3)

A evolução histórica na educação da saúde no Brasil, até a República, predominava a formação de práticos. A formação profissional em saúde estava associada à noção de aprendizagem pela prática, obtida em laboratórios ou em serviços onde se prestasse aquela assistência alvo da formação

A partir da instalação do Conselho Federal de Educação, fica definida a tramitação para a autorização de funcionamento dos cursos superiores. A Lei Federal nº 5.540, de 28/11/1968, Lei de Diretrizes e Bases da Educação Superior, definiu o conceito de currículo mínimo, que vigorou até a aprovação da atual LDB, Lei Federal nº 9.394, de 20/12/1996. O currículo mínimo, organizado em regime disciplinar, representava o conjunto de estudos e atividades correspondentes a um programa de formação a ser desenvolvido em período definido, com carga horária prefixada, composto por disciplinas consideradas obrigatórias para a profissionalização técnico-científica em causa e por disciplinas eletivas, oferecidas com o objetivo de ampliar ou complementar os conhecimentos previstos para o respectivo curso.

Em 1997, em decorrência da nova LDB, esse arranjo disciplinar começa a ser revisto. A nova perspectiva é a das Diretrizes Curriculares Nacionais e não mais os currículos mínimos nacionais.

Nesta direção, um ensino orientado pela integralidade deve definir, como atitude fundamental, a ampliação dos pontos de vista e o confronto de enfoques nos diferentes momentos do processo de trabalho em saúde (SAIPPA-OLIVEIRA; KOIFMAN, 2004).

O conhecimento deve receber tratamento multidimensional, permitindo a compreensão complexa da realidade, a circulação de diferentes valores presentes nas questões humanas, científicas e sociais. Deve haver uma relação mais estreita entre os conteúdos que são trabalhados no currículo e as necessidades dos estudantes, de maneira que possam ser utilizados em diferentes contextos e situações profissionais cotidianas.

Foi evidenciado, nos discursos dos participantes, que atualmente muitas são as tendências e metodologias educacionais estudadas, pesquisadas, experimentadas e aplicadas ao ensino no país. Neste contexto, o modelo hegemônico do ensino em saúde passou a ser objeto de reflexão crítica, tanto pela baixa capacidade de preparar as novas gerações profissionais para as políticas contemporâneas do trabalho em saúde, como pelo baixo impacto do exercício profissional na alteração dos indicadores de saúde.

Então [...] não sei, talvez a gente precise de mais estratégias, apurar mais a metodologia. Isso tem que ser uma busca contínua. (6)

E também eu vejo nos núcleo de pesquisa um grande futuro para integralizar essas vivências através da produção de conhecimento em que se reúnem nas discussões desses núcleos os alunos de graduação, da especialização, do mestrado e do doutorado. (8)

A gente trabalha muito nessa lógica, trocando figurinha com pessoas, nos eventos das entidades de classe. A gente também procura tá trazendo os alunos pra dentro desses eventos e vai inserindo atividades de rua, atividades de comunidades [...] (2)

Na avaliação do ensino teórico-prático, a gente tem uma dramatização onde é preconizado que eles leiam um pouco sobre Eurico Moreno e aí eles vem e reproduzem a questão da prática que eles vivenciam no campo e a gente discute essa prática. (13)

Observou-se ainda nos depoimentos dos docentes que a integralidade no cuidado deveria constituir eixo norteador dos saberes e práticas no processo ensino-aprendizagem dos discentes. Nessa perspectiva da atenção à saúde da mulher compreendemos a integralidade como a concretização de práticas de atenção que garantam o acesso das mulheres a ações resolutivas construídas segundo as especificidades do ciclo vital feminino e do contexto em que as necessidades são geradas.

A integralidade é o eixo norteador, é o que vai dar a diretriz dessa formação do nosso aluno. (16)

A gente tem trazido o nosso aluno para esse eixo, para esses programas, fazendo ele perceber as reais necessidades desta mulher. (9)

Esse eixo da integralidade, ele é meio que perseguido. (13)

A gente procura praticar essa integralidade buscando essa visão do todo dessa mulher como um ser humano que precisa de uma assistência integral muito mais do que só administrar um cuidado isoladamente. (3)

Os sujeitos do estudo revelaram que no caso da educação dos profissionais de saúde, a seleção e o modo de operar os conteúdos explicam por que os mesmos, uma vez formados, direcionam sua prática às especializações, dedicam mais atenção aos problemas de saúde individuais do que aos coletivos e deixam em segundo plano os fatores psíquicos, afetivos, históricos e culturais do adoecer humano, negando-os como elementos de central importância para a construção das alternativas de cuidado.

Tanto os currículos quanto as práticas pedagógicas no ensino superior passaram a se dar numa concepção linear de ensino-aprendizagem do teórico para o prático: a idéia que o estudante se apropria da teoria e depois a aplica. A prática é vista como comprovação da teoria, o que é observado tanto na dicotomia entre área básica e área clínica, quanto no interior de cada área.

O aluno não tem que ficar restrito à sala de aula né, até o ensino clínico ele aprende muito quando tem um professor atuante que percebe que sabe realmente atuar que tem experiência na área, que tem segurança pra lidar com a mulher. (2)

Ele passar ter um embasamento teórico sobre a alta complexidade e começa também a ter as práticas nas primeiras aproximações com a mulher já internada. (14)

Quando ele vê isso na teoria não consegue avaliar muito como aplicar na prática com a mulher. (10)

O que eu falo em sala de aula a gente procura aplicar lá na prática vendo a mulher como um todo. (3)

Considerando esta perspectiva, formar um profissional de saúde significa muito mais do que formar um aprendiz no manejo de técnicas, procedimentos e instrumentos. O dia-a-dia de um profissional não se esgota em sua natureza técnica, apresenta dimensões onde se expressam valores de ordem moral e ética, ideológica ou econômica. E sua maior capacidade de trabalhar em equipe demonstra sua melhor compreensão da sociedade onde se insere.

3.4 Categoria 4 - Dificuldades para implantar a integralidade no cuidado à saúde da mulher

As instituições de ensino têm um desafio para que possam construir propostas que abordem os problemas de saúde na sua integralidade, considerando a complexidade dos problemas das pessoas e da coletividade, o contexto em que vivem e trabalham e que os profissionais tenham competência para enfrentar os desafios do século XXI, construindo uma consciência crítica a respeito do contexto em que estão inseridos.

Analisando este contexto, identificamos necessidade de se redirecionar a formação inicial e permanente dos profissionais da saúde, colocando em questão os modelos e valores a serem construídos, para atender à reorganização dos serviços e das práticas, pautando-se pela ética nos processos de intervenção, como direito e respeito às pessoas, construindo e reconstruindo os processos de trabalho e competências profissionais, integrando a formação à realidade dos serviços e da comunidade.

É nesse momento que se evidenciam obstáculos na formação profissional sob o eixo da integralidade no cuidado. Com base nas declarações dos docentes pode-se perceber que os movimentos sociais no campo da reforma sanitária vêm empreendendo, durante as últimas três décadas, um debate sobre os desafios que a formação profissional impõe à consolidação do ideário do SUS como prática social, tendo em vista o poder de normalização e permanência de que determinados modelos pedagógicos dispõem, condicionando a atuação dos profissionais de saúde. A percepção desses obstáculos foi traduzida constitucionalmente na assertiva de que cabe ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde, função que continua sendo um desafio, dadas as características das instituições de ensino e seu marcante distanciamento do sistema público de saúde.

Existe uma diretriz de formação, que é formar esse indivíduo transformador, entendendo a realidade do outro. (3)

O aluno vêm de uma sociedade completamente repressora e não aceita o parto como sexualidade, não aceita que cesárea não é parto. Então o processo de desconstrução desse aluno é muito difícil. (11)

A mentalidade, o estilo de vida, a maneira como eles se colocam na prática e o que aprenderam na sua formação profissional interferem no processo ensino-aprendizagem desses alunos. (9)

Na maioria das vezes não contempla essa visão do todo da mulher que é passado para eles na teoria. (15)

Então, a dificuldade pra colocar em prática como um todo é [...] essa integralidade. Vamos dizer assim, encontrar profissionais do próprio local que faça essa integralidade, a gente repara que não são todos que fazem são muito poucos e ficando mais para os acadêmicos realizarem. (2)

Saippa-Oliveira e Koifman (2004) apontam a diferença entre inovação / transformação e modernização curricular consoante os dois movimentos. Segundo os autores, as inovações remetem às múltiplas relações que constituem os processos pedagógicos, existindo no processo e não no resultado final, enquanto as reformas ou modernizações se limitam às estruturas formais do sistema educativo como conteúdos ou métodos. Isso implica afirmar que a mera modernização pedagógica não garante a transformação das práticas e a superação de elementos presentes nos currículos normativos.

A diferença entre as duas posturas frente aos projetos e políticas de mudança no ensino mostra-se decisiva na relação entre a consolidação do SUS e a formação e o exercício profissional em saúde, na medida em que diz respeito à construção de iniciativas e ações transformadoras das práticas historicamente hegemônicas que prevalecem em curso nas políticas de ensino e de saúde e em suas instituições.

Dentre os grandes desafios postos para a consecução do direito saúde – bem inerente à cidadania e que sofre influências do campo da economia, das políticas públicas e da organização da sociedade em seu sentido mais amplo (AROUCA, 1987) – estão presentes a formação dos profissionais de saúde, a transformação do ensino e sua interseção como mundo do trabalho.

Enquanto bandeira de luta da Reforma Sanitária, os princípios que norteiam o SUS pressupõem um movimento intenso de reordenação dos serviços de saúde, de reorganização da gestão setorial e de fortalecimento do exercício do controle social. Pressupõem também a necessidade de profundas transformações das instituições de ensino, de modo a permitir que os trabalhadores estejam plenamente imbuídos dos sentidos e competências políticas, científicas, éticas e humanistas que permitam avançar na produção da saúde da mulher. Nessa direção, o relatório da IX Conferência Nacional de Saúde (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1993) já recomendava a transformação no desenho dos cursos da área de saúde, em prol da formação de profissionais com uma visão integral, comprometimento social e formação geral capazes de fazer frente à precoce especialização dos profissionais, além da efetiva integração entre as instituições de ensino e sistema de saúde.

Para fazer frente a esses desafios, faz-se necessário incorporar, aos processos de aprender e ensinar na saúde da mulher, reflexões críticas e propositivas sobre os processos de

trabalho em saúde, bem como sobre as relações, hoje ainda muito verticais, entre os profissionais de saúde e os usuários e a hierarquização entre os saberes profissionais.

Os paradigmas adotados pelos cursos da área de saúde em seus projetos político-pedagógicos definem as decisões e escolhas que irão determinar certas configurações curriculares e a formação profissional. Cabe, então, aprofundar as reflexões e o debate entre todos os atores envolvidos com o setor da saúde da mulher sobre as transformações entendidas como relevantes.

Ceccim e Feuerwerker (2004a, p. 1401) afirmam que “se não cabe ao setor saúde o disciplinamento da educação por meio do ensino em instituições educacionais, cabe-lhe contribuir para que a educação se vincule ao mundo do trabalho e às práticas sociais em saúde”. Lembram que assim orienta nossa Constituição o setor da educação, inclusive para que este cumpra sua finalidade constitucional de desenvolvimento pleno dos educandos, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para mundo do trabalho.

É neste contexto que a noção de integralidade se apresenta como eixo de compreensão e proposição de uma forma de cuidar e efetuar a gestão setorial e dos serviços, assim como de ensinar em saúde (HENRIQUES, 2003; HENRIQUES; PINHEIRO, 2003; PINHEIRO; MATTOS, 2003; SAIPPA-OLIVEIRA; KOIFMAN, 2004).

A perspectiva da integralidade, como orientadora do ensino em saúde, surge como força de política pública, com o lançamento pelo Ministério da Saúde, do AprenderSUS: o SUS e os Cursos de Graduação da Área de Saúde, uma iniciativa de apoio aos processos de mudança na graduação pela aprendizagem do SUS, do trabalho em equipe e da integralidade. O debate que se coloca sobre a integralidade, nessa política, reafirma a perspectiva de uma abordagem que possa articular, de modo estratégico, saberes e práticas multiprofissionais e interdisciplinares, usuário-centradas, identificadas com a Reforma Sanitária e com o conceito ampliado de saúde (BRASIL, 2004b).

O conjunto de sentidos da integralidade serve à organização das práticas voltadas para o cotidiano dos serviços, para os processos de trabalho em saúde, para o ordenamento do sistema, para a formulação e avaliação de políticas e, também, para os processos formativos (CECCIM, 2006).

De acordo com Pinheiro (2006), as relações mantidas entre gestores, profissionais e usuários nas instituições que compõem o sistema de saúde não se revestem apenas de significados técnicos; elas se inscrevem numa prática com muitas dimensões, entre as quais se destaca a dimensão política. A eleição da integralidade como eixo de orientação das práticas formativas revela a dimensão política da formação, no tocante ao perfil profissional desejado

como efeito do ensino superior, isto é, não é formar bons ou excelentes técnicos, mas trabalhadores para o SUS tocados pelo direito à saúde.

No presente estudo foi possível perceber nas falas dos sujeitos que uma importante discussão deve ser feita sobre a interação entre sistema de saúde e ensino de graduação nas profissões de saúde. Essa discussão, segundo as suas perspectivas, concerne a necessidades que as instituições tenham como elemento fundamental dessa aproximação o exercício da crítica de seus próprios territórios institucionais, como condição para a produção coletiva de novos espaços e práticas de cuidado e gestão e de formação em saúde orientados pela integralidade.

Infelizmente tem muitos serviços da rede pública, que é a maioria do Sistema Único de Saúde, e também a rede privada que são completamente deficientes para o ensino de qualidade como preconizam as universidades, as reformas curriculares, os vários referenciais teóricos e metodológicos. (8)

E nem é só do ambiente hospitalar, quando a gente vai pra rede básica também a gente vê que alguns pólos de atendimento não estão estruturados para atender a mulher de forma plena. (4)

Os cenários de estágio é que ainda estão falhos, no sentido de que o que a gente fala não é aquilo que ele vive. (14)

Os cenários nos limitam algumas coisas. Não são próprios, são emprestados, são em co-participação, às vezes a filosofia da instituição não é a filosofia que se prega. (6)

As maiores dificuldades acontecem nos campos de atuação, pois a gente não tem essa mesma resposta por conta dos profissionais que atuam lá. (7)

A diversificação dos cenários de aprendizagem deve caminhar pela lógica da construção do conhecimento, mediante interação, prática social e amplo contato com as realidades. Não serem os únicos fatores de exposição dos estudantes, o livro e o professor. É fato, segundo Ceccim e Feuerwerker (2004b), que

[...] a formação dos profissionais de saúde tem permanecido alheia à organização da gestão setorial e ao debate crítico sobre os sistemas de estruturação do cuidado, mostrando-se absolutamente impermeável ao controle social sobre o setor (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b, p.42).

Em todos esses âmbitos, deverão ser trabalhados os elementos que conferem à integralidade do atendimento à saúde forte capacidade de impacto sobre a atenção à saúde, sendo nesse contexto, imprescindível articular teoria e prática, exercitando a práxis do cuidado à saúde da mulher.

Os docentes entrevistados consideraram a necessidade de formação de profissionais em saúde que enfrentem, com práticas e modelos de atenção inovadores, o desafio de construir o SUS, tomando-se como uma das diretrizes da prática educacional a articulação

entre a teoria e prática assistencial. Ainda são poucas, no entanto, as iniciativas de implementação de propostas curriculares que respondam a essa necessidade. Particularmente no ensino de enfermagem busca-se desenvolver práticas pedagógicas inovadoras que integram conteúdos, para construir um conhecimento mais totalizante, que por sua vez é o que tem potência para apreender o objeto da saúde na sua plenitude.

Eu não vejo dificuldade nenhuma na academia, eu vejo a dificuldade na prática, os enfermeiros não estão humanizados, não estão capacitados para oferecer essa tal integralidade. (2)

[...] parece que nós temos um discurso diferente da prática. (10)

O aluno não consegue vivenciar na prática aquilo que a gente gostaria que ele fizesse. (12)

Para isto, surge, assim, a necessidade de formação de indivíduos autônomos, livres, críticos, reflexivos, inovadores e criativos. Nesse sentido, e seguindo essa tendência de mudanças, a área da educação tem repensado os seus métodos pedagógicos, visando avaliar e reavaliar os saberes e práticas para aprimorar modelos mais flexíveis, em que os conhecimentos sejam construídos conjuntamente a partir das vivências e experiências dos educandos e educadores com a realidade da nossa sociedade atual.

Os sujeitos do estudo ressaltaram o déficit de docentes no cenário de aprendizagem ao revelarem em seus discursos que atualmente vivem uma dicotomia entre o quantitativo reduzido de docentes que compõe o quadro permanente nas universidades públicas com o aumento anual no número de vagas para discentes. Foi apontado pelos sujeitos da pesquisa que há uma grande falta de professores nas instituições públicas de ensino superior que levam a um déficit no processo ensino-aprendizagem e, conseqüentemente um comprometimento no processo de formação deste profissional.

Os concursos para docentes não atendem à demanda, que é enorme. Além disso, as universidades públicas, hoje, não atendem à demanda da sociedade. (6)

Então assim, está sendo muito difícil. Cada dia que passa, nós temos mais alunos em campo e menos professor. (10)

São nove alunos e eu cuido de dois sujeitos, a mulher e o recém nascido. Então é muita coisa pra você dar conta. (2)

Do mesmo modo, apontaram a importância de uma equipe multiprofissional na construção da integralidade no cuidado à saúde da mulher. Foi considerado nas falas dos docentes que o cuidado tem sido tomado como constitutivo de todas as profissões da área,

sendo produzido a partir do núcleo de competência específico de cada profissão ou associado à dimensão cuidadora.

Contudo, o que se observa na prática é uma menor relevância da dimensão cuidadora, reduzindo os elos que ela seria capaz de produzir entre o fazer e o saber em função de uma prática com centralidade na patologia e tendo a técnica como meio para intervir, o que nem sempre exige uma interação entre profissionais e mulheres. Este é o atual contexto de atenção à saúde que se apresenta como hegemônico, que coloca em questão dois aspectos que merecem ser destacados: a participação de diferentes atores no processo de cuidado e a produção de cuidado a partir de uma relação estabelecida entre os envolvidos.

Eu acho que começa com o profissional, não só o enfermeiro, como o auxiliar, o técnico, o médico, o psicólogo, enfim [...] são todos os profissionais envolvidos nas dimensões do cuidar. (3)

[...] eu acho que falta profissionais de algumas áreas para ajudar no trabalho colaborativo para fazer essa atenção do cuidado integral. (10)

Olha [...] a dificuldade da gente implantar a integralidade no cuidado à saúde da mulher acho que não tem, o que falta e precisa é de um trabalho multiprofissional. (15)

Acho que falta profissional de outras áreas para ajudar nessa integralidade do cuidado à mulher, para fazer essa atenção. (1)

Neste contexto, podemos considerar que além da participação ativa da mulher, deve-se considerar que o cuidado é inerente a todas as profissões e deve ser tomado como caminho para a integralidade. Isso coloca a necessidade de um trabalho multiprofissional e interdisciplinar em lugar de profissionais isolados que buscam responder às demandas apresentadas pelos usuários (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a; CAMARGO JR, 2007). Tal atuação não encontra sustentação no modelo hegemônico de ensino em saúde que tem sido orientado pela dissociação do conhecimento entre as áreas básica e clínica, pelos procedimentos e pela relação vertical professor-aluno, restrita à reprodução de referenciais técnico-científicos (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b).

Faz-se necessário um processo de ensino que considere as novas formas de organização do trabalho, as orientações das políticas de saúde e a multiplicidade de espaços e produção do conhecimento (CECCIM, 2006). Desse modo, devemos buscar práticas de formação articuladas com o processo de trabalho, que partem das necessidades de saúde dessas mulheres como um todo.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foram muitos os avanços do SUS na última década. Contudo, no que diz respeito à sua consolidação como sistema público de saúde, ainda estamos diante de grandes desafios, entre os quais se destaca o relativo à incorporação efetiva dos princípios e valores do SUS nos processos de trabalho, bem como nos processos formativos para a enfermagem na área da saúde da mulher. De modo mais específico, merece destaque o desafio de articular esses processos na interface entre o ensino e prática assistencial.

Os espaços de interseção entre ensino e prática são de grande importância para a consolidação do SUS, pois as consequências das práticas que se efetuam transcendem os cenários de aprendizagem. O conhecimento ali construído, a partir da reflexão sobre o vivido em um cenário de aprendizagem, pode-se difundir através dos sujeitos que por ali passam como discentes. Desse modo, podemos encontrar nesses espaços oportunidades para a transformação e consolidação dos modelos de atenção à saúde da mulher pautados pelos valores do SUS. Mas, são neles onde também aparecem os conflitos, dificuldades, estratégias e táticas desencadeadas para a ocupação de espaços na rede de cuidados que vai sendo formada.

Na perspectiva do ensino, foi possível verificar que existem movimentos na direção de transformação dos velhos modelos que se mostravam incapazes de responder adequadamente às necessidades de saúde apresentadas pela população feminina. Tais movimentos oscilaram, ao longo das duas últimas décadas, na intensidade e na concentração em alguma área profissional. Alguns têm sido muito ativos na produção de mudanças significativas na formação dos profissionais voltados para prestar um cuidado adequado aos valores e princípios do SUS.

Algumas políticas públicas, como as formuladas pela SGETS do Ministério da Saúde, apresentaram recentemente possibilidades para um conjunto de discussões que têm possibilitado avançar em reflexões e sugestões, e que não raro geram novos desafios para continuarmos nossa luta para configurar, nos serviços e cursos da área da saúde, os ideais de uma sociedade mais justa, ética e igualitária.

Neste contexto, a integralidade do cuidado tem-nos permitido ressignificar as definições de estratégias para apoiar e intensificar as transformações nos cursos de graduação em enfermagem.

Neste sentido, a integralidade é entendida pelos docentes de enfermagem na área da saúde da mulher como eixo estruturante entre o ensino e a prática, na medida em que, por meio desse princípio e de seus sentidos, temos reafirmado compromissos com a população feminina e feito as articulações necessárias para organizar as práticas de saúde e as práticas pedagógicas.

A partir desse entendimento, é possível observar que a integralidade nos permite estabelecer relações entre esses vários processos, bem como articular os papéis dos atores sociais envolvidos nos mesmos, no que concerne à elaboração de respostas às demandas e necessidades das mulheres que buscam os serviços de saúde.

É importante estarmos atentos também à forma como se dá a relação entre docentes e discentes. É importante observar como o discente se coloca e participa das transformações que estão em movimento no âmbito das instituições de ensino superior. Os espaços onde ocorrem o diálogo entre o trabalho e a educação assumem lugar privilegiado para a percepção que o estudante vai desenvolvendo acerca do outro no cotidiano do cuidado. São espaços de cidadania, onde os profissionais do serviço e docentes, mulheres e o próprio discente vão estabelecendo seus papéis sociais na confluência de seus saberes, modos de ser e ver o mundo.

Entendemos ser fundamental a vivificação da prática da integralidade no cotidiano dos serviços, tanto na rede básica como na rede hospitalar, para nos permitir articular com os demais setores da sociedade feminina, facilitando a mulher, por conseguinte, o direito de exercer sua cidadania, decidir sobre a sua vida e seu corpo, expressar seus desejos e necessidades, fazer-se protagonista e não objeto do cuidado.

Apesar de todas essas possibilidades, inquieta-nos perceber que a formação de enfermeiros, que utiliza os serviços da rede pública de saúde como campo privilegiado, seja na modalidade estágio curricular ou aula prática, tem uma inserção nesses serviços que se caracteriza por um relativo distanciamento, um tratamento de certa forma cerimonioso entre os envolvidos, no qual as críticas que tenham ao outro não encontram meios adequados de expressão. Dessa forma, sem o diálogo esperado, limitam-se as possibilidades de um fazer diferenciado, que assuma as concepções acerca do cuidado, dos processos e organização do trabalho e da escuta dessas mulheres. Precisamos criar espaços para a discussão entre

docentes e discentes, serviços, gestores e, principalmente, mulheres que utilizam esses serviços.

Deparamo-nos com muitos conflitos e, quanto mais espaços houver para debates, mais serão as vozes que apontarão os problemas e dificuldades nas interfaces entre esses dois mundos. Existem queixas que dizem respeito, muitas vezes, ao fato de a universidade estar no serviço sem levar em consideração os trabalhadores que lá estão. Ou, ainda, que não há participação do profissional do serviço, a não ser na supervisão do discente, feita em alguns casos de modo assistemático e solitário, sem uma discussão ou presença mais efetiva do docente, visto a carência no seu número, hoje nas universidades públicas, frente ao aumento do número de vagas para discentes. Por outro lado, há críticas à diferença marcante entre a lógica de organização dos serviços, muito centrada na produtividade de seus procedimentos técnico-operativos e a lógica de trabalho da instituição formadora, muito centrada na produtividade de seus conhecimentos teóricos e metodológicos dos campos pedagógicos e núcleos específicos.

Contudo, para processar tais transformações, precisamos nos debruçar sobre as estruturas políticas e pedagógicas que norteiam os cursos e a formação profissional. Também é preciso ter cuidado com as tentações de modelos e receitas que poderiam ser replicados igualmente em toda parte e em qualquer curso. A diversidade de propostas e as possibilidades de conhecer, de utilizar características e recurso próprios, são imprescindíveis para iniciar e fortalecer processos de avanços na formação para o cuidado. É preciso pensar em mudanças que permitam compreender as diversas dimensões das práticas do cuidado na saúde da mulher existentes, assegurando o compromisso ético de cuidar com integralidade.

Pensando dessa forma, queremos encaminhar a reflexão para a possibilidade de incorporar a discussão da integralidade do cuidado na saúde da mulher à formação, fugindo do paradigma ainda dominante no cotidiano das relações de atenção à saúde. É importante que a condução de qualquer análise sobre a temática não busque culpados, condenando, em julgamento, o réu da hora. Afinal, o que vemos acontecer hoje nos cenários onde se desenvolvem as práticas de formação é fruto de anos de construção, que foi traçada, conduzida e consolidada em direções diferentes, com interesses diversos, embora nem sempre antagônicos. Se considerarmos que a escolha, definição e produção dos cenários de aprendizagem são de potencial importância como lócus da formação em saúde, espaços privilegiados para a incorporação da integralidade no processo de ensino-aprendizagem (HENRIQUES, 2005), ao defendermos aquele princípio como eixo para as mudanças na formação em saúde, a redefinição das práticas e do local de desenvolvimento ganha

importância e precisa ser identificada com os princípios políticos e pedagógicos definidos pelos gestores e demais atores do processo educativo.

Desta maneira, precisamos construir novas formas de trabalhar melhor com a assistência, perceber como efetivas as políticas públicas na área da saúde da mulher, considerando as necessidades e demandas locais no país. Temos clareza de que seguir os princípios por nós defendidos é uma tarefa difícil, mas também compreendemos que a integralidade no cuidado à saúde da mulher só será possível quando nos comprometermos eticamente com as ações e relações necessárias para sua efetivação. É nesse sentido que a formação de novos profissionais de enfermagem para os serviços e a sociedade também precisa estar comprometida social e eticamente com o projeto de sociedade que fundamenta todo processo de mudanças proposto para os setores da educação e da saúde.

Durante o processo de entrevistar, transcrever e analisar pôde-se perceber que as práticas de cuidado dirigidas à saúde da mulher são ainda orientadas pelo modelo biomédico, que nem sempre consideram as especificidades femininas, especialmente aquelas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva em seu sentido mais amplo.

Assim, tomando a integralidade no cuidado como eixo norteador de uma nova práxis para o ensino da saúde da mulher podemos perceber a fragilidade do processo ensino-aprendizagem quando fazemos a interface entre a teoria e a prática assistencial.

Um dos desafios que a Enfermagem e as profissões da saúde de modo geral precisam enfrentar diz respeito à elaboração de projetos que tenham potência para formar profissionais comprometidos com a sociedade e com seus problemas de saúde, numa perspectiva que articule o mundo do trabalho e da realidade social, numa visão crítica a respeito da realidade, visto que temos um contexto em que os problemas de saúde estão se tornando cada vez mais complexos e que temos um sistema de saúde que propõe na Constituição Federal a universalização, a equidade e a integralidade na atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, P. C; STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface Comun Saúde Educ.**, Botucatu, v. 8, n. 15, p. 259-274, 2004.
- ALMEIDA, C. As três esferas de governo e a construção do SUS: uma revisão. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 207-220, set./out. 2003.
- ALMEIDA, M. C. P. O materialismo histórico na pesquisa em enfermagem. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA, 4., 1985. São Paulo. **Anais...** São Paulo: Associação Brasileira de Enfermagem, 1985. p. 83-89.
- ALMEIDA, M. C. P de; ROCHA, J. S. **O saber da enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1986.
- AROUCA, A. S. Democracia é saúde. In: **CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**, 8., 1987, Brasília, DF. **Anais...** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1987. p. 35-42.
- AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 5. ed. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BARREIRA, I. A. Transformações da prática da enfermagem dos anos 30. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 52, n. 1, p. 129-143, jan./mar. 1999.
- BERNARDES, A. **Estratégias de produção de si**: biotecnologias e humanização: ensaio temático. Porto Alegre: Faculdade de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2005.
- BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Ática, 1998.
- BIRMAN, J. A physis da saúde coletiva. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 11-16, 2005. Suplemento.

BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde nº 8080 de 19 de setembro de 1990**. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF, 1990. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080190990.htm>>. Acesso em: 16 jul. 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1988.

_____. Ministério da Saúde. **Gestão municipal de saúde: textos básicos**. Administração de serviços de saúde, promoção da saúde. Rio de Janeiro, 2001 (CDD – Tema 12).

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução 196/96**. Sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF, 1996.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Aprender SUS: o SUS e os cursos de graduação na área da saúde**. Brasília, DF, 2004b.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde**. Brasília, DF, 2005.

_____. Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **VerSUS**. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=382>. Acesso em: 19 jul. 2009.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L.C.O. (Org). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1994. p. 29-87.

CAMPOS, G. W. S. Paidéia e modelo de atenção: um ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. **Olho Mágico**, Londrina, v. 10, n. 2, p. 7-14, 2003.

CAMARGO JR., K. R. Um ensaio sobre a (in) definição de integralidade. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. (Orgs). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2007. p. 35-44.

CARVALHO, Y. M; CECCIM, R. B. Ensino da Saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: CECCIM, R. B; MATTOS, R; PINHEIRO, R (Orgs). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde.** Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006. p. 69-92.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: um desafio ambicioso e necessário. **Interface Comum Saúde Educ.** Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005.

CECCIM, R. B. Equipe de Saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção de atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Org). **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** 3. ed. Rio de Janeiro: HUCITEC, 2006. p. 259-278.

CECCIM, R. B. A integralidade ensina os profissionais a lidarem com histórias de vida. **Boletim integralidade em saúde.** Disponível em: <<http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infolid=179&sid=25>> Acesso em: 25 ago. 2009. Entrevista.

CECCIM, R. B; FERLA, A. A; PELEGRINI, M. L. M. Atendimento integral: a escuta da gestão estadual do SUS. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. (Org). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: ABRASCO, 2003. p. 61-88.

CECCIM, R. B; FEUERWERKER, L. C.M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, set./out. 2004a.

CECCIM, R. B; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p.41- 65, 2004b.

CECCIM, R. B; MATTOS, R; PINHEIRO, R. (Org). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde.** Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** 6. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006. p. 113-126.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1987, Brasília, DF. **Anais...** Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Brasília, DF, 1987.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 12., 2003, Brasília, DF. **Manual da Conferência...** Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2003.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 9., 1993, Brasília, DF. **Relatório final.** Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 1993.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (Brasil). **Resolução CNE\CES nº 3, de 7 de novembro de 2001:** institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília, DF, 2001.

DANTAS, R. A. S; AGUILLAR, O. M. O ensino médio e o exercício profissional no contexto da enfermagem brasileira. **Rev. Lat. Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 2, p. 25-32, abr. 1999.

DELORS, J. (Org). **Educação:** um tesouro a descobrir: relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI. 8. ed. São Paulo: Cortes, 2003.

FAUSTINO, R.L.H.; EGRY, E.Y. A formação da enfermeira na perspectiva da educação reflexões e desafios para ofuturo. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 332-337, dez. 2002.

FERNANDES, J. D. **A expansão do ensino de enfermagem no Brasil.** 1990. 101 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1990.

FERNANDES, J. D. A trajetória do ensino de graduação em enfermagem no Brasil. In: TEIXEIRA, E; VALE, E. G; FERNANDES, J. D. (Org). **O ensino de graduação em enfermagem no Brasil:** o ontem, o hoje e o amanhã. Brasília: Instituto nacional de estudos e pesquisas educacionais Anísio Teixeira, 2006. p. 9-21.

FEUERWERKER, L. **Além do discurso de mudança na educação médica:** processos e resultados. São Paulo: Hucitec, 2002.

FONSECA, R. M. G. S. Um leitura generificada da (re) inauguração de um fazer para mulheres: da Inglaterra ao Brasil. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 55, n. 1, p. 75-84, jan./fev. 2002.

FONSECA, R. M. G. S. Gênero e saúde-doença: uma releitura do processo saúde-doença das mulheres. In: FERNANDES, R. A. Q; NARCHI, N. Z. (Org) **Enfermagem e saúde da mulher.** São Paulo: Manole, 2007. p. 30-61.

FREITAS, D. M. V. **A criança inserida no currículo de graduação**: o ensino da assistência de enfermagem. 1990. 215 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1990.

FREITAS, R. A. M. M. Sociedade contemporânea, conhecimento em saúde e em enfermagem: desafios para a formação profissional. **Rev. Eletr. Enf.** Goiânia, v. 29, n. 5, p. 1159-1194, set./out. 2002.

GABRIELLI, J. M. W. **Formação do enfermeiro**: buracos negros e pontos de luz. 2004. 215 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

GALVÃO, L; DÍAZ, J. **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1999.

GEOVANINI, T. et al. **História da Enfermagem**: versões e interpretações. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

GERMANO, R. M. O ensino de enfermagem em tempos de mudança. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 56, n. 4, p. 365-368, jul./ago. 2003.

GERMANO, R. M. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

GIFFIN, K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 103-112, 2002. Suplemento.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GOMES, M. C. P. A; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface Comum. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 287-301, 2005.

GUIMARAES, C. M; MIRANDA, T. G. Enfermagem como prática social: determinantes sócio-históricos e engajamento profissional. **Rev. Eletr. Enf.** Goiânia, v. 29, n. 5, p. 1207-1235, set./out. 2002.

HEILBORN, M. L. Fronteiras simbólicas: gênero, corpo e sexualidade. In: PITANGUY, J; MESQUITA, R. (Org.). **Gênero, corpo e enfermagem**. Rio de Janeiro: CEPIA, 2002. p. 73-92. (Cadernos Cepia, 5).

HENRIQUES, R. L. M. Intersetorialidade compartilhamento do poder para criação e produção de bens e serviços. IN: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 55., 2003, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro, 2003. 1 CD-ROM.

HENRIQUES, R. L. M. Interlocução entre ensino e serviço: possibilidades de ressignificação do trabalho em equipe na perspectiva da construção social da demanda. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005. p. 147-59.

HENRIQUES, R. L.M; PINHEIRO, R. Integralidade na produção de serviços de saúde e as políticas de educação. **Jornal da Associação Brasileira de Enfermagem**.v. 3, p. 1-8. 2003.

LEONELLO, V. M; OLIVEIRA, M. A. C. Integralidade do cuidado à saúde como competência educativa do enfermeiro. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 63, n. 3, p. 366-370, maio-jun. 2010.

LEOPARDI, M. T. et al. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001.

LUCCHESI, R.; VERA, I.; PEREIRA, W.R. As políticas públicas de saúde – SUS - como referência para o processo ensino-aprendizagem do enfermeiro. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 12, n. 3, p. 562-566, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a21.htm>>. Acesso em: 27 jan. 2011.

LUCKESI, C. C. **Filosofia da educação**. São Paulo: Cortez, 1994.

LUZ, M. T. **Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna**. São Paulo: Hucitec, 2004.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MATTOS, R. A. Integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set./out. 2004a.

MATTOS, R. A. Integralidade como eixo de formação dos profissionais de saúde. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 91-2, maio-ago. 2004b.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões dos valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006. p. 41-66.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001. t. 2

MERHY, E. E. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interagindo e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2002. p. 113-150.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

MORAES, M. J. B. **O ensino de enfermagem em saúde coletiva: redescobrimos caminhos para novas práticas assistenciais**. 2004. 155 f. D dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

MOREIRA, A; PORTO, F; OGUISSO, T. Marcos da trajetória da profissionalização da enfermagem brasileira (1890-1905). **Enfermagem Brasil**, Rio de Janeiro. v 1, n. 1, p. 44-49, nov./dez. 2002.

NOGUEIRA, R. P. **Perspectivas da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

OLIVEIRA, M. I. R. Enfermagem e estrutura social. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 31. **Anais...** Fortaleza: Associação Brasileira de Enfermagem, 1979. p. 5-11.

PAIXÃO, W. **História da Enfermagem**. 5. ed. Rio de Janeiro: J. C. Reis, 1979.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006. p. 67-113.

PINHEIRO, R. Integralidade e prática social. **Boletim integralidade e saúde**. Disponível em: <<http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?inford=162&sid=25>>. Acesso em: 25 ago. 2009. Entrevista.

PINHEIRO, R; GUIZZARDI, F. L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas do cotidiano. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Org). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 3. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006. p. 21-36.

PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. **A construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2003.

PINTO, J. B. T; PEPE, A. M. A formação do enfermeiro: contradições e desafios à prática pedagógica. **Rev. Lat. Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p.120-126, 2007.

PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989.

PROGIANTI, J. M. et al. Desmedicalização na assistência ao parto: uso de tecnologias não invasivas em cuidados de enfermagem obstétrica. In: SILVA, I. A. (Org) **PROENF: Programa de atualização em enfermagem. Saúde materna e neonatal. Ciclo 1, módulo 1**. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2009. p. 53-86.

REBOUÇAS, L. C. C. **A integralidade do cuidado na formação da Enfermagem**. 2007. 100 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

RIGOLI, F; ROCHA, C. F. R; FOSTER A. A. Desafios críticos dos recursos humanos em saúde: uma visão regional. **Rev. Lat. Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 7-16, 2006.

SANTOS, S. S. C. Currículos de enfermagem no Brasil e as diretrizes – novas perspectivas. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 56, n. 4, p. 361-364, jul./ago. 2003.

SAIPA-OLIVEIRA, G. S; KOIFMAN, L. Integralidade no currículo de medicina: inovar/transformar, um desafio para o processo de formação. In: MARINS, J. J. et al. (Org). **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 143-164.

SAUPE R. (Org). **Educação em enfermagem: da realidade construída à possibilidade em construção**. Florianópolis: UFSC, 1998.

SILVA, J. P. V; TAVARES, C. M. M. Integralidade: dispositivo para a formação crítica de profissionais de saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 271-285, 2004.

SILVA, K.L; SENA, R.R. O processo de mudança na educação de enfermagem nos cenários UNI: potencialidades e desafios. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 56, n. 4, p. 412-416, jul./ago. 2003.

SILVA, K.L; SENA, R.R. A formação do enfermeiro: construindo a integralidade do cuidado. **Rev. Bras. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 59, n. 4, p. 488-941, jul-ago. 2006.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2007. p. 89-111.

TYRRELL, M. A. R; SOUZA, M. H. N; SOUZA, K. V. Políticas de saúde da mulher no Brasil: marcos evolutivos e implicações para o exercício profissional do enfermeiro. In: SILVA, I. A. (Org.) **PROENF: Programa de atualização em enfermagem. Saúde materna e neonatal. Ciclo 1, módulo 4**. Porto Alegre: Artmed/Panamericana, 2010. p. 129-164.

VALLA, V. V. Victor Vicent Valla: pioneiro da pesquisa e formação acadêmica no campo da educação popular em saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, 2005. p. 227-238. Entrevista.

VARGENS, O. M. C; PROGIANTI, J. M; ARAÚJO, L. M. A humanização como princípio norteador do cuidado à saúde da mulher. In: FERNANDES, R. A. Q; NARCHI, N. Z. (Org.) **Enfermagem e saúde da mulher**. São Paulo: Manole, 2007. p. 272-287.

VASCONCELLOS, E. M. Redefinindo práticas de saúde a partir de experiências de educação popular nos serviços de saúde. **Interface Comun. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 5, n. 8, p. 121-126, 2001.

WALDOW, V. R. O cuidado humano: reflexões sobre o processo de enfermagem versus processo de cuidar. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 284-293, 2001.

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM



Núcleo de Estudos e Pesquisas Enfermagem, Mulher, Saúde e Sociedade (NEPEN-MUSAS):

Av 28 de Setembro, 157, 8º andar, Vila Isabel – Rio de Janeiro - RJ

TÍTULO DO PROJETO:

A integralidade no ensino de enfermagem na saúde da mulher: concepções e práticas de docentes.

Pesquisadores Responsáveis: Prof. Dr. Octavio Muniz da Costa Vargens (Orientador)

Enf^a. Samar Duarte dos Santos (Mestranda)

PROPÓSITO E HISTÓRICO DO ESTUDO

Estamos realizando uma Pesquisa que tem como foco as A integralidade no ensino de enfermagem na saúde da mulher: concepções e práticas de docentes. Esta pesquisa tem como objetivos: **analisar as concepções teóricas e práticas docentes de enfermagem no cuidado à saúde da mulher a partir da ideia de integralidade e discutir as estratégias utilizadas pelos docentes para inserir o conteúdo da integralidade no ensino de enfermagem na saúde da mulher.** Para tal necessitaremos de sua colaboração como participante efetivo deste processo de construção, através da prestação de informações que serão coletadas por meio de entrevista(s). Esperamos que os resultados possam contribuir para a reflexão dos docentes sobre o sentido da integralidade do cuidado na Saúde da Mulher, bem como, reorientar o processo de formação, potencializando as estratégias e os recursos humanos já utilizados, rumo à construção contínua de integralidade do cuidado, na área de saúde.

DESCRIÇÃO DA PESQUISA:

Se quiser nos ajudar neste estudo, nós iremos fazer a você algumas perguntas. A entrevista deverá levar de 45 a 60 minutos. As questões são sobre as concepções e práticas da integralidade do cuidado no processo de ensinar em enfermagem na Saúde da Mulher.

RISCOS/DESCONFORTOS

Não há riscos e desconfortos por sua participação na pesquisa. As entrevistas serão realizadas em um lugar privado onde ninguém pode ouvir suas respostas.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA

Sua participação no estudo é completamente voluntária e você pode parar a qualquer momento e por qualquer razão. Você também pode se recusar a responder qualquer uma das perguntas.

CONFIDENCIALIDADE

Sua identidade permanecerá confidencial de acordo com a Resolução 196/96.

Suas respostas às questões serão gravadas. A fita cassete será identificada pelo pesquisador apenas com um código. Após a transcrição dos dados serão destruídas. Todos os dados coletados serão guardados em lugar seguro durante todo o curso do estudo. Somente os pesquisadores do grupo terão acesso a eles. Nos trabalhos e encontros científicos somente serão mencionados os códigos ou dados agrupados. Nomes ou iniciais não serão identificados.

BENEFÍCIOS

Não há benefícios pessoais diretos para você. Contudo, você oferecerá informações mais realistas para os profissionais de saúde que podem ser usadas para ajudar outras pessoas na mesma situação. Ainda, experiências passadas demonstram que entrevistas com adultos podem levar a sua satisfação pois é uma forma de fazer sua voz ser ouvida.

CUSTOS

Você não terá gastos ao participar deste estudo.

PAGAMENTO

As entrevistas não serão remuneradas.

PERGUNTAS

Se você tiver alguma **pergunta ou dúvida** relacionada ao estudo, pode entrar em contato com Octavio Muniz da Costa Vargens. Endereço: Faculdade de Enfermagem da UERJ, av. 28 de Setembro, Nº 157, 7º Andar – Vila Isabel

Tel./Fax: (21) 2587-6335 / (21) 2567-8177 E-mail: orientavargens@bol.com.br

Ou

SAMAR DUARTE DOS SANTOS:

Tel: (21) 8160-0967

E-mail: sadutos@hotmail.com

APÊNDICE B – Roteiro da entrevista

Parte I – Dados de Identificação

- Idade; Sexo; Titulação
- Anos de experiência profissional
- Carga horária / semanal na docência
- Outros vínculos empregatícios

Parte II – Perguntas abertas

1) Fale-me um pouco da sua concepção de integralidade do cuidado na Saúde da Mulher.

Temas a serem abordados caso o entrevistador não inclua espontaneamente:

- Importância para a formação profissional
- Relação entre ensino e prática assistencial
- Estratégias de ensino para sua aplicabilidade
- Dificuldades para a implementação
- Efetividade na prática profissional

2) Descreva como você vê a relação da inserção da disciplina de Saúde da Mulher na grade curricular com as demais disciplinas inseridas.

Temas a serem abordados caso o entrevistador não inclua espontaneamente:

- É adequado o momento de inserção da disciplina
- Momento de inserção e sua relação com as demais disciplinas
- Esse aluno chega preparado
- O aluno tem noção dessa relação e sua importância para formação profissional
- Currículo integrado

3) Na sua opinião como o programa da disciplina de Saúde da Mulher contribui para uma formação profissional voltada para a integralidade do cuidado?

Temas a serem abordados caso o entrevistador não inclua espontaneamente:

O programa é discutido e analisado com o aluno:

- Estratégias de ensino
- Permite aplicabilidade na prática
- Visão do aluno em relação ao cliente
- Prepara este futuro profissional

ANEXO – Parecer de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da UERJ



Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Sr2

Comissão de Ética em Pesquisa – COEP

Rua São Francisco Xavier, 524, bloco E, 3º andar, sala 3018 - Maracanã.

CEP 20550-900 – Rio de Janeiro, RJ.

E - mail: etica@uerj.br - Telefone: (21) 2569-3490

PARECER COEP 012/2010

A Comissão de Ética em Pesquisa – COEP, em sua 11ª Reunião Ordinária em 11 de dezembro de 2009, analisou o protocolo de pesquisa nº. **059.3.2009**, segundo as normas éticas vigentes no país para pesquisa envolvendo sujeitos humanos e emite seu parecer.

Projeto de pesquisa – “Interfaces ente assistência e ensino na enfermagem: concepções e práticas nos processos de ensinar e assistir na saúde da mulher acerca da integralidade do cuidado”.

Pesquisador Responsável: Octavio Muniz da Costa Vargens

Mestranda : Samar Duarte dos Santos.

Instituição Responsável – Faculdade de Enfermagem / UERJ

Área do Conhecimento: 4:00 - Ciências da Saúde – 4.04 Enfermagem

Palavras-chave: Saúde da Mulher; enfermagem, integralidade

Sumário: Este projeto tem por objeto as “Concepções e práticas da integralidade do cuidado no processo de ensinar em enfermagem na saúde da mulher”. Trata-se de pesquisa qualitativa, que utilizará as como fontes de fontes de dados as grades curriculares, os programas de disciplina de Saúde da Mulher na Enfermagem e entrevistas com docentes que integram o corpo docente da disciplina Saúde da Mulher das quatro Instituições Públicas de Ensino do Estado do Rio de Janeiro.

Objetivo: Identificar a inserção do conteúdo de Saúde da Mulher nas grades curriculares de cursos de graduação em Enfermagem das grandes Instituições Públicas de Ensino do Estado do Rio de Janeiro.

Considerações Finais: A COEP considerou o projeto de pesquisa bem estruturado, apresentando coerência interna desde a introdução, apoiado em bibliografia adequada à proposta de estudo.

Após o atendimento à solicitação do Parecer COEP nº100/2009, a Comissão deliberou pela **aprovação** do projeto.

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - **previsto para março de 2011**, para cumprir o disposto no item VII. 13.d da RES. 196/96/CNS. Além disso, a COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

Situação: Projeto Aprovado

Rio de Janeiro, 15 de março de 2010


Prof. Dr. Olinto Pegoraro

Coordenador da Comissão de Ética em Pesquisa - UERJ

Olinto Pegoraro
Coordenador
Comissão de Ética em Pesquisa - UERJ